DIE KOMPLIKATION VON SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT MIT MYOMEN

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
UNIVERSITÄT BASEL
VORGELEGT VON

RUDOLF STOLZ
AUS BASEL

BASEL
FRIEDRICH REINHARDT, UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI
1917

DIE KOMPLIKATION VON SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT MIT MYOMEN

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
UNIVERSITÄT BASEL
VORGELEGT VON

RUDOLF STOLZ
AUS BASEL

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BASEL
FRIEDRICH REINHARDT, UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI
1917

Von der medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag von Professor *A. Labhardt.*

Die vorliegende Arbeit wurde auf Anregung von Herrn Professor Labhardt geschrieben. Es handelt sich um 64 Fälle von Myom kombiniert mit Gravidität, die teils aus dem Basler Frauenspital von 1900—1917, teils aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Labhardt stammen. Ich möchte gleich an dieser Stelle Herrn Prof. Labhardt meinen besten Dank aussprechen für die Ueberlassung des Materials.

In einer Arbeit der Prager geburtshilflich gynäkologischen Klinik vom Ende des letzten Jahrhunderts steht in der Einleitung der Satz geschrieben: «Die Komplikation von Schwangerschaft mit Myomen wird verhältnismässig selten beobachtet.» Dass dies seit langem nicht ganz zutreffend ist, beweist die sehr zahlreiche Literatur und Publikation von Fällen dieser Art. Es würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, auf die Literatur näher einzutreten, vielmehr werde ich mich darauf beschränken die Kasuistik zu geben, auf einzelne Fälle etwas näher einzugehen und bei dieser Gelegenheit auf die Literatur über entsprechende Fälle hinzuweisen. Am Schlusse folgt eine Zusammenstellung der Literatur der letzten Jahre.

Kasuistik.

Das Basler Material gibt ein sehr schönes Bild von der Komplikation von Gravidität mit Myom: Diese Kombination kann bedeutungslos sein, aber auch die verschiedensten, zuweilen sehr ernsten Folgen haben. Zunächst folge hier das kasuistische Material in nachstehender Reihenfolge:

I. Fälle ohne Einfluss der Myome auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (9 Fälle),

II. Fälle mit Komplikationen in der Schwangerschaft:
   a) Expektative Behandlung (11 Fälle),
   b) Spontane oder künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (5 Fälle),
   c) Operationen während der Schwangerschaft (15 Fälle),

III. Fälle mit Komplikationen unter der Geburt:
   a) In der Eröffnungs- und Austreibungsperiode (6 Fälle),
   b) In der Nachgeburtsperiode (11 Fälle),

IV. Fälle mit Komplikationen im Wochenbett (7 Fälle).

I. Fälle ohne Einfluss der Myome auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (9 Fälle).

Fall 1. Frau B. D. 44 Jahre alt (Eintritt 21. II. 07. Austritt 22. II. Myomata uteri in graviditate.

Anamnese. Eltern † Tbc. pulm. Geschwister gesund. Patientin leidet seit 20 Jahren an Gelenkrheumatismus. Menses seit dem 14. Lebensjahre, alle 14—32 Tage, stark, 7—8 Tage lang. 2 normale Geburten, die letzte vor 18 Jahren. Keine Aborte. Letzte Periode am 10. September 1907. Der Hausarzt stellte myomatösen grav. Uterus fest und glaubte die Patientin müsse operiert werden.

Status praesens: Grosse abgemagerte Frau. Brüste enthalten Colostrum; Abdomen etwas aufgetrieben. Uterus entspricht dem IV.—V. Monat der Gravidität. Auf der rechten Seite ein apfelgrosses gestieltes Myom. An der Kuppe 3 kleinere Myome. Conjugata vera (Messung mit Farabœuf) 10,5 cm. Austritt 22. II. unverändert, da die subserösen Myome voraussichtlich für die Geburt keine Komplikation bilden werden.

Fall 2. Frau R. F. 28. Jahre alt. (Eintritt 2. V. 1907, Austritt 6. V. 1907; Wiedereintritt 5. XII.) Myoma Ut. in gravid. mens. II.

Anamnese: Vater † an Rückenmarkauszehrung. Menses mit 18 Jahren alle 4 Wochen, stark, mit Kreuzschmerzen, 3—4 Tage Dauer. Vor 2 Jahren «künstliche Geburt» (Mens. VIII), da Pat. im VII. Monat wegen einer Geschwulst starke Blutungen hatte. Kind lebt. Letzte Per. Ende Febr. 1907, dauerte 3 Tage und war schwächer als sonst. Seit 2 Monaten vorher Periode unregelmässig. Pat. hat eine Geschwulst, die zum ersten Mal vor zwei Jahren bei der Geburt beobachtet worden war, als apfelgross. Starkes Wachstum seit der jetzigen Gravidität.

Stat. pr.: Tumor von der Gestalt des schwangeren Uterus, aber härter (Ut. von 5 Monaten), vorn unterhalb des Tumors ein weicher Abschnitt. Austritt 6. V. unverändert, da das Myom oberhalb des Beckens sitzt und für die Geburt wahrscheinlich keine Komplikation bilden wird. 5. XII. Wiedereintritt, Grav. war normal verlaufen. 9. XII. spont. Geb. eines reifen Knaben in II. HHL. Placenta folgt spont. vollständig. Wehen gut, Blutverlust gering. Wochenbett afebril. Beim Austritt Leib aufgetrieben, über kindskopfgrosses kugeliges Myom in der ob. Uteruswand oder subserös; nicht empfindlich und beweglich. Kein Ausfluss.

Fall 3. Frau M. R. 34 Jahre alt. I. Para Myoma ut. (Eintr. 14. VIII. 1903, Austr. 12. IX. 1903.)

Anamn.: Im 15. Lebensjahr 2 Monate lang dicker gelblich weisser Ausfluss aus der Scheide und starkes Brennen beim Wasserlassen. Vor ca. 10 Jahren öfters äusserst heftige Blutungen während der Menses bis 6 Tage lang. Dieser Zustand während 4—5 Jahren. Der Arzt sagte, Pat. hätte eine Geschwulst im Leibe. Seit 5 Jahren keine besondern Beschwerden mehr. Per. mit 13 Jahren vierwöchentlich; seit 5 Jahren ohne Schmerzen mit mässigem Blutverlust 4 Tage Dauer. Letzte Per. 5. Dez. 1902, während der ersten 3 Monate der Gravidität häufig Erbrechen. In den letzten Monaten stets heftiger Urin-

drang; Wasserlösen gelingt oft nur mit Mühe. Vor 8 Tagen ging etwas Blut per vag. ab.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, gut ernährt. Herz, Lunge, Urin o. B. L., oben am Ut. fühlt man einen faustgrossen, durch eine Furche vom Ut. abgegrenzten Tumor.

28. VIII. 9.30 p. m. Wehenanfang. 29. VIII. 1.35 a. m. spont. Geb. in I. Schädellage eines reifen Knaben. 2770 g Gew. 47½ cm lang. 2 a. m. spont. Austritt der vollständigen Placenta 550 g schwer. Wehen kräftig, Blutverlust gering, Temp. p. p. 37,3, P. 80. Wegen d. Myoms Ergotin. 12. IX. Austritt. Allgemeinbef. gut. Ut. zwischen Nabel und Symphyse. Wochenfl. mässig. T. 36,5, P. 60.

Fall 4. Frau B. F. 41 Jahre alt. IV. Para. Vitium cordis, Eihautretention (Plac. marg.) Ut. myomatosus. Subinvolutio. (Eintr. 14. XI. 1904, Austr. 24. XI.)

Anamn.: Vater † Altersschwäche, Mutter an Magenkrebs. 3 Geschwister gesund. Frühere Krankheiten: Rotsucht und Blauhusten. Per. mit 15 Jahren regelmässig alle 4 Wochen, als ledig stark, 8 Tage lang, Krämpfe im Leib. Seit Verheiratung ziemlich stark 3—4 Tage lang, ohne Mol. 1891 norm. Geb. u. W. b. Kind gesund 2 Mon. Br. 1893 norm. Geb. u. W. b. Kind gesund 6 W. Br. 1898 Abort mens. 3. 1900 norm. Geb. Mastitis dextr. Kind gesund 14 Tage Br. Letzte Per. 2. Febr. Verlauf der Grav. o. B.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, mittlerer Ernährungszustand. Herz lautes diast. Ger. an der Sp. Lunge Atemger. beids. verschärft. Exspir. verlängert. 14. XI. 1904 7 a. m. Kopf steht i. B. Steiss i. F. Rücken r.; am F. fühlt man beim Betasten auf beiden Seiten nuss- bis hühnereigrosse Erhabenheiten, welche als kl. Kindsteile und als Myome gedeutet werden. Wehen kräftig. Beckenm. o. B. 11.05 a. m. spont. Geb. in II. Schädellage. Kind lebt. 11.45 a. m. Austritt d. Plac. auf Druck. Nach Austritt der Plac. lassen sich im Ut. deutlich erbsen- bis hühnereigrosse Knoten fühlen. Wegen Eihautretent. Injekt. von Egotin. Wehen hatten begonnen 10 p. m. 13. XI., waren gut, Blutverl. gering. T. p. p. 36,4, P. 72. Kind 49 cm, 3150 gr, reif. Plac. 450. 24. XI. Austritt. Wochenbett normal. Aufstehen am 10. Tag. Entlassung am 11. bei gutem Allgemeinbefinden. Ut. 3 Querfinger über Symphyse. Wochenfluss noch blutig. Kd. Br. u. Fl.

Fall 5. Frau F. G. 31 J. alt. III. Para. II. HHL. febris p. part. Ut. myomat. (Eintr. 9. V. 1911, Austr. 18. V.)

Anamn.: Mutter † bei Geb. der Gravida. Vater und Geschwister gesund. Pat. nie krank. Per. mit 13 J. regelm. alle 3½ W. 5 Tage, stark, ohne Mol. Letzte Per. Anfg. Aug. 1910. I. Geb. 1905, Steisslage, Mädchen, gesund W. B. afebril. II. Geb. 1906, normal, Steisslage, gesund W. B. afebril.

Stat. pr.: Pat. 160 gross, stark, gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Beckenm. o. B. Leib sehr gross, queroval, Bauchdecken dünn; während es scheint, als ob ein Kopf im Becken ganz fehle und auf beiden Seiten je ein Steiss sei, fast überall kleine Teile fühlbar. 5.40 p. m. 9 V. spont. Geb. eines Knaben, 52 cm, 4050 gr. Die gefühlten kleinen Teile sind massenhafte subseröse, teilweise gestielte Myome von Taubenei- bis Apfelgrösse. Sofort nach der Geb. 1 Spr. Secacornin. Verdacht auf Gemelli hat sich nicht bestätigt. 6.50 p. m. Nachgeburt spontan 850 g. Wehen gut, Blutverlust gering. T. nach der Geb. 38,0, P. 32. 12. V. am l. Unterschenkel leicht empfindl. und verhärt. Varicen, Priessnitz. 15. V. Aufstehen und 18. V. Austritt: Ut. handbreit unt. Nabel, stark myomatös. Wochenfluss gering.

Fall 6. Frau F. M. 38. J. alt. III. Para. I. HHL. spont. Myoma ut. W. B. afebril. (Eintr. 7. VII. 1911, Austr. 17. VII.)

Anamn.: Früher magenkrank. Per. mit 16 J. alle 4 Wochen 4 Tage lang mit Krämpfen, geringe Blutung, Letzte Per. 23. IX. 1910. 1905 Abort im III. Mon. 1908 ebenfalls Abort im III. Monat. Jetzige Gravidität o. B.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, gracil, gut ernährt. Herz und Lunge o. B., ebenso Urin. 7. VIII. 3.10 a. m. spont. Geb. eines reifen Mädchens von 50 cm, 3540 gr aus I. HHL., schreit sofort. 3.55 a. m. tritt Placenta spontan vollständig aus (750 g). Vom Chorion fehlt ein Teil; — Secacornin. Blutung gering, Wehen gut. T. p. p. 36,8. Ergotin. Wochenbett afebril. 17. Juli Austritt. Wochenfluss gering.

Fall 7. Frau F. H. 33 J. alt. III. Para. (Eintritt 18. XII. 1911, Austritt 27. XII.) I. HHL. spont. Myoma uteri. W. B. afebril.

Anamn.: o. B. 1904 I. Geb. Forceps Knabe, † nach 8 Tagen. 1907 II. Geb. normal, Mädchen, † nach 3 Wochen. Wochenbett febril (Trombose) 1905 Abort. Periode mit 14 J. regelm., ledig 6—7 Tage, jetzt 3 Tage mittelstark mit Krämpfen. Während der jetzigen Gravidität Varicen an beiden Beinen.

Stat. pr.: Pat. gracil, ziemlich gut ernährt. Herz und Lunge o. B., ebenso Urin. Tritt 9.30 a. m. 18. XII. mit sehr starken Wehen ein, 9.50 a. m. spont. Geb. eines frühreifen,

46½ cm grossen, 2420 g schweren Mädchens aus I. HHL. 11.50 a. m. spont Austritt der Plac. 300 g. Wehen gut, Blutverl. gering. T. p. p. 36,8. P. 88. Wochenbett afebril.

Fall 8. Frau Sch. W. 40 J. X. Para. I. HHL. spontan Myoma uteri, W. B. afebril. (Eintr. 13. I. 1916, Austr. 28. I.)

Anamn.: Nie krank. Periode regelmässig alle 4 Wochen 4—6 Tage Dauer, viel Blutverlust, keine Schmerzen. 12. April letzte Per. 1. 1902 Spont. Geb. Kind lebt gesund W. B. o. B. 2. 1904 Spont. Geb. Kind lebt gesund W. B. o. B. 3. 1904 Spont. Geb. Kind lebt gesund W. B. o. B. 4. 1906 Spont. Geb. Kind lebt gesund W. B. o. B. 5. 1908 Zwillinge spont., †; Wochenbett febril. 6. 1910 Spont Geb. Kind lebt W.B. afebril. 7. 1911 Spont. Geb. Kind lebt W. B. afebril. Seit der Zwillingsgeburt immer starke Blutung nach der Geburt. 8. 1914 Spontangeburt. Jetzige Gravid. o. B.

Stat. pr.: 163 cm gross, kräftig, gut ernährt, Herz, Lunge o. B. 14. I. 4.30 p. m. Spontangeb. aus I. HHL. 7.10 tritt Plac. spont. aus. Wehen kräftig, Blutverlust gering. Prophylact. 1 Sp. Pituglandol und 1 Sp. Secacornin. Knabe 50 cm gross, 3680 gr schwer. T. p. p. 37,2. P. 76. W. B. afebril 28. I. Austritt.

Fall 9. Frau S. C. 41 Jahre alt, IV. Para. (Eintritt 22. Dez. 1915, Austr. 6. Jan. 1916.) I. HHL. spontan. W. B. afebril. My. uteri.

Anamn.: Periode mit 12 J. regelm., letzte Ende März 1898. 1. Geb., etwas lange Dauer, sonst norm. 2. 1900, norm. Geb., Mädchen. 3. 1902 frühreife Zwillinge, † nach 6 Wochen, 2. Kind Querlage.

Während der jetzigen Grav. bekam Pat. einmal leichte Wehen. Pat. ist mittelgr. und gut ernährt. 21. XII. 1915 11 h. p. m. Wehenanfang. 22. Spitaleintritt mit guten Wehen. 22. XII. 7.15 p. m. spont. Geb. eines reifen Mädchens, 50 cm lang, 3550 g schwer, in I. HHL., schreit sofort. Placenta folgt nach 2 St. spont. mit wenig Blut. Wegen Myoma ut. wurde post part. 1 Sp. Pituglandol und 1 Sp. Secacornin verabreicht, prophylact. T. p. p. 36,7. P. 88. Wochenbett afebril. 6. I. Austritt: Ut. hinter d. Symphyse.

II. Fälle mit Komplikationen in der Schwangerschaft.

a) Exspectative Behandlung (9 Fälle).

Fall 10. Frau V. L. 35 J. alt, I. Grav. (Eintritt 8. März 1901, Austritt 14. März.) Myoma ut.

Anamn.: Als Kind hatte Pat. Diphterie. Periode mit 17 J. beginnend. regelmässig bis zu 25 J., später anteponierend, stark, 4—5 Tage Dauer. In letzter Zeit Molimina. Letzte Per. 16. Nov. 1900. 4 Tage lang — seither Schwangerschaftszeichen (Erbrechen etc.). Mitte Dez. Kreuzschmerzen und Krämpfe im Unterleib, Pat. kann das Wasser nicht lösen. Arzt verordnete Katheterism. und Wickel, nach 8 Tagen war Pat. wieder wohl. 3 Wochen später dieselben Beschwerden einige Tage lang, dasselbe wiederholte sich immer häufiger und stärker. Pat. wurde vom Arzt zur Einleitung des Abortes ins Spital verlegt. Pat. hat jetzt keinen Ausfluss; jedoch krampfartige Schmerzen beim Wasserlösen. Opstipation. Gravid. ist kräftig gebaut. Abdomen aufgetrieben, 2-kopfgrosse Resistenz durchzufühlen, welche rechts bis Nabelhöhe reicht, glatt und derb, links ca. 3 Querfinger über Nabelhöhe reicht, oben unregelm. ungleiche, mehr teigige Beschaffenheit. Vulva schlaff. Vag. ziemlich weit, bläulich verfärbt. Ut. nach links kindskopfgros, rechts davon eine derbe kindskopfgrosse Geschwulst fühlbar, die bis halbe Nabelhöhe reicht. Therapie: Wärme und Bettruhe. T. 36.0, P. 75. 14. März Austritt mit Wohlbefinden. Sonst stat. id.

Fall 11. Frau Sch. T. 30 J. alt, IV. Grav. (Eintritt 27. III. 1908, Austritt 28.) Grav. † Myoma ut.

Anamn.: Als Kind Masern und Rotsucht. Seit Jahren ist Pat. etwas nervenleidend. Vor 8 J. schwache und vor 2 J. starke Gebärmutterentzündung. Menstr. mit 16 J., dann 1 J. aussetzend, unregelm., 3—10 W. Zwischenzeit, starke Schmerzen. 3 norm. Entbindungen, letzte vor 6 Jahren. Letzte Per. 28. Nov. Seit 8 W. Schmerzen im Kreuz und Unterleib rechts etwas stärker als links, besonders stark abends nach der Arbeit. Ut. entspricht der Zeit der Gravidität, ein kleines Myom palpierbar. Austritt 28. III. unverändert.

Fall 12. Frau B. M. 43 J. alt. Myoma ut. † Graviditas. (Eintritt 4. I. 1909.)

Anamn.: Pat. hatte als Kind Masern, mit 20 J. Chlorose. Seither viel Schmerzen in der Magengegend. Menses mit 15 J. regelm. alle 4 Wochen 5—6 Tage, stark, ohne Molim. 1901 und 1902 je eine norm. Geb., 2 Knaben, gesund. Letzte Per. 22. XII. 1908. Seit Okt. hat Pat. das Gefühl, als sei ihr Abd. aufgetrieben, besonders nach dem Essen. Leichte Schmerzen in der Inguinalgegend. Seit etwa 3 W. Kreuzschmerzen, besonders

beim Sitzen. Müdigkeit in den Beinen. Herzklopfen, hat seit Okt. zugenommen. Seit 2—3 Monaten hat Senkung zugenommen. Pat. trägt einen Ring. Immer nach der Periode Beschwerden beim Wasserlösen. Pollakurie, Opstipation.

Stat. pr.: In beiden Brüsten Colostr. Vulva klafft leicht, beim Pressen treten die schlaffen Scheidenwände herunter. Portio aufgelockert. Ut. antevertiert flectiert, vergrössert, wie etwa in der 12. Schwangerschaftswoche. Teigige Consiste, frei beweglich. Der sonst kugelig nach rechts gelegene Tumor hat einen kleinen platten Fortsatz nach links. Pat. tritt am 7. I. unverändert aus.

Fall 13. Frau R. 34 J. alt, verheiratet seit März 1914. Letzte Menses: Ende Juli 1914. Erste Bewegungen Mitte Dez. 1914. Im Jan. 1915 Angina und Cystitis.

6. Febr.: Seit 2 Tagen Schmerzen auf d. rechten Seite so intensiv, dass Pat. nicht schlafen kann. An der rechten Uteruskante ca. taubeneigrosser, beweglicher, sehr empfindlicher Tumor. Temp. 36,9. P. 90. Diagnose: beginnende Stiltorsion eines subserösen Myoms. Therapie: Priesnitz, Diät, Bettruhe. 8. Febr. weniger Schmerzen, kann sich wieder bewegen, Tumor weniger empfindlich. 10. Febr. Temp. stets normal. Tumor mehr empfindlich. 16. Febr.: seit gestern Abend leichte Dyspnoe. Befund auf Herz und Lungen normal, T. nie über 37,1, Puls schwankend, oft bis 120. Urin normal.

20. Febr. Da Pat. sich ganz wohl fühlt, steht sie heute wieder auf. Im Unterleib keine Beschwerden mehr.

22. Febr. Nachts 3 Uhr plötzlich hochgradige Dyspnoe, Bewusstlosigkeit, innert weniger Minuten exitus.

Path. anat. Diagnose: Embolie der Lungenarterien. Thrombose der Vena hypogostrica sinistra. Vereiterung eines Uterusmyoms. Geringgradiger folliculärer Milztumor. Gravidität. Streptococcensepsis. Uterus dem 8. bis 9. Schwangerschaftsmonat entsprechend, die Wandung dünn. Auf der rechten Seite ein ca. 4 cm langes und breites, 2—3 cm. dickes Myom intramural, das fast bis an die Decidua heranreicht. Die Serosa des Ut. überall intakt, Ovarien und Tuben ohne Besonderheiten. Harnblase leer. Beim Durchschneiden des Myoms stösst man auf einen ca. 1½ cm messenden gallertigen Herd, aus dem man etwas Eiter abstreifen kann.

Kind, Knabe, gut entwickelt, 40—50 cm lang, nirgends missbildet, innere Organe blutreich. Placenta und Nabelschnur o. B. Lungen von mittlerem Vol. und Luftgehalt, in den abhängigen Partien etwas oedemat. In den Lungenart. das Lumen

vollkommen verstopfend fingerdicke, zum Teil zusammengelegte braunrote, oberflächlich leicht gerippte Thromben. Im übrigen Lungen und Bronchien o. B. Herz kräftig, Klappen zart, ebenso Coronargef. Aorta ascend. mit vereinzelten kleinen gelben Verdickungen. Myocard braunrot streifig hyperaemisch. Milz etwas gross, Pulpa braunrot, etwas weich. In der Vena hypogastrica sin. bis zu ihrer Einmündungsstelle in die Iliaca communis ein mit der Wand leicht verklebter roter kaum gerippter Thrombus. Status sonst o. B. Aus Milz und Uterusmyom gehen in Reinkult. Streptococcen auf. Uterusmyom mikr.: Typ. Myom mit kreuz und quer laufenden Muskelbündeln. Im Erweichungsherd die Fasern etwas gequollen, durch oedemat. Bindegewebe von einander getrennt, darin kleine Häufchen multinucl. Leukozyten.

Die Infektion des Myoms ist auf die überstandene Angina und Cystitis zurückzuführen. Pat. bot keinerlei Zeichen einer Thrombophlebitis — nie geschwollene Beine, nie Empfindlichkeit der Femoralis. Das einzige, was darauf hinweisen könnte, waren die zeitweilig hohen Pulszahlen (waren aber bei der sehr nervösen Pat. anders gedeutet worden).

Fall 14. Frau T. B. 38 J. alt. I. Grav. (Eintritt 15. VI. 1903.) Ut. gravid. myomat.

Anamn. Mit 26 J. Typhus abd. und Lendenwirbelentzündung. Mit 22 J. Brustfellentzündung. Menses mit 16 J. unregelmässig, 4—5 Tage Dauer mit Molimina. Letzte Per. Neujahr. Vor 4 Wochen heftige Kreuzschmerzen, die nach 8 Tagen Bettruhe verschwanden. Pat. fühlt sich nicht wohl, ist immer müde und ohne Appetit. Kein Ausfluss, keine Blutung. Opstipat.

Stat. pr.: Gutes Aussehen. Aus den Brüsten Colostrum. Im Abdomen ein eigrosser Tumor, der bis zum Nabel reicht, aus zwei Teilen bestehend, zwischen denen eine Furche fühlbar ist. Der linke Teil ist fest, regelmässig, hart, wie ein Fibrom, der rechte Teil teigig, elastisch, regelmässig, ohne Fluktuation; links oben davon noch eine härtere Partie. Der Palpat. nach handelt es sich um Uterus bicorn., das linke Horn durch Myom besetzt, das rechte durch Gravidität. Ut. contrahiert.

Herztöne hörbar, Frau spürt Kindsbewegungen. Ut. durch das Myom nach rechts verschoben. Durch die Scheidewand spürt man den Kindskopf. Das Myom ist mit der linken Uteruswand durch einen breiten Stiel verbunden. Seine Konsistenz ist hart, mit einem Vorsprung am untern Teil. Adnexe abtastbar. Urin O. E. OZ.

19. VI. 1903 Austritt unverändert. Insertion d. Myoms zu breit zum Abtragen.

29. IX. Wiedereintritt: Im weiteren Verlauf der Gravidität hatte Pat. beständig Schmerzen im Unterleib. Myom kindskopfgross an der rechten Uteruskante. Am 30. IX. spont. Geb. eines reifen Knaben aus I. HHL. Placenta folgt spontan vollständig. Wehen gut, Blutverlust gering. Wochenbett afebril, o. B. Pat. stillt, tritt am 10 X. aus. Kein Ausfluss mehr.

Fall 15. Frau E. T. 31 J. alt. I. Para. Myoma ut. (Eintr. 18. I. 1910, Austr. 28. I. 1910.)

Anamn.: Per. mit 17 J. regelmässig 5 Tage Dauer, schwach, oft mit Krämpfen. Letzte Per. 10. IV. 1909. Zu Anfang der Grav. Hyperemesis.

Stat. pr.: Pat. ziemlich gross, gut ernährt. Herz, Lunge und Urin o. B. Das rechte Bein oedematös mit Varicen. D.S. 30 D.C. 31½ C.E. 20. 18. I. 12.20 a. m. spont. Geb. eines reifen lebenden Knaben aus I. HHL. 2.30 a. m. Austritt der vollständigen Placenta auf leichten Druck. Blutung gering. Kind 48,5 cm gross, 2870 gr schwer. Plac. 450 gr. Wehen gut. Wochenbett afebril. 28. I. Austritt: Ut. reicht fast bis zum Nabel, bildet einen derben Tumor (Myom). Wochenfluss gering.

Fall 16. Frau Sch. G. 29. J. alt. I. Para. (Eintritt 11. Januar, Austritt 23. Januar 1911.) I. HHL. Retent. membr. Cystit. ante part. Myoma ut.

Anamn.: Als Kind Diphterie. Periode mit 15 Jahren, anfangs unregelmässig, später regelmässig 4 Tage lang. Früher mit Leibschmerzen. Letzte Per. 20. April. Pat. leidet an Cystitis. Mittelgrosse Figur, gracil, mässiger Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Auf der Fundus Uteri ein kleines halbkugeliges Myom. Urin übelriechend, im Sediment reichlich Leukozyten. 11. I. 10 h. p. m. Cervix erhalten, für 1. Fing. durchg. Blase steht, Kopf beweglich über Beckeneingang. Rücken l., ebenso die gut hörbaren Herztöne. Es tritt etwas Wehenschwäche ein. Abends von 12—13 bessere, namentlich frequentere Wehen. 13. I. 2.45 a. m. spont. Geb. eines frühreifen Mädchens, 47 cm lang, 2870 gr schwer, schreit sofort. Prophylact. 1 cm^3 Secacornin wegen des Myoms des Ut. 3 h. a. m. folgt Placenta auf leichten Druck vollständig, 570 gr. Blutverlust gering. Diplosal. $3 \times 0{,}5$ pro die. 23. I. Austritt: Urin sauer. Bedeutend weniger Leukoz. als 13. I. Wochenfluss ziemlich stark.

Fall 17. Frau Z. H. 39 J. alt. Myoma, Gravidit. Mens. VI. (Eintritt 13. Sept. 1913, Austritt 15. Sept.)

Anamn.: 1 Schwester † Tbc. pulm. Pat. hat mit 20 J. Eiterung an 2 Fingern, die deswegen amputiert wurden. Periode mit 18 J. 3—4 Tage, unregelmässig, mit Intervallen von 3—6 Monaten. 2 Zangenentbindungen. Das erste Kind starb ½ St. post part., das zweite lebt. Letzte Per. 13. April. Seit 1. Mon. Kindsbewegungen. Bauch stark aufgetrieben, Schmerzen beim Bücken. Schon nach dem 1. Monat bemerkte Pat. links im Unterleib eine Geschwulst, die den Leib emporwölbte.

Stat. pr.: Pat. gut ernährt. Cyanot. Gesichtsfarbe, asthmat. Atmen. Herz: Spitze, Mitral und Pulmon syst. Ger. Brüste enthalten Colostrum. Abdomen aufgetrieben 92 cm Umfang, druckempfindlich. Nabel verstrichen, rechts und links davon je ein kindskopfgrosser Tumor. Vulva klafft gerötet. Cervix bis zum inneren Muttermund durchgängig. Links vom Cervix abgehend im Douglas ein kindskopfgrosser Tumor; rechts Uterus des V.—VI. Mon. der Gravid. entspr. 15. Sept. Austritt unverändert.

Fall 18. Frau B. K. 35 J. alt. Graviditas, Myoma ut. Abort immin. (Eintritt 23. März 1914, Austritt 6. April.)

Anamn.: Pat. hatte als Kind Scharlach. Menses mit 16 J., alle vier Wochen 3—5 Tage mittelstark, ohne Mol. Letzte Per. im Jan. Eine normale Entbindung. Kind lebt. Keine Fehlgeburt. Anfang Februar 8 Tage lang starke Blutung und Schmerzen links im Unterleib. Der Arzt verordnete Medikamente und heisse Spülung. Seither übelriechender, wässeriger Ausfluss. Seit Febr. schlechter Appetit; Schmerzen beim Stuhl und Wasserlösen. Abmagerung. Seit 14 Tagen wieder Blutung — hört seit 2 Tagen auf.

Stat. pr.: Brüste enthalten Colostr. Vulva geschlossen, weit, nicht livid. Uterus anteflectiert, ziemlich hart, kugelig, entsprechend der 14. Woche der Gravidität, höckerig Abderhalden positiv. 27. III. Blutung. 29. III. heisse Spülung. 30. IV. Wohlbefinden, hie und da geht noch ein wenig Blut ab. Ut. scheint grösser geworden. 6. IV. Ut. etwa der 16. Woche entsprechend. Myom rechts, Gravidität links. Pat .wird nach Hause entlassen und soll bei neuer Blutung wieder kommen.

Fall 19. Frau J. 36 J. alt. Abort immim. mens. II., Myomata uteri. (Eintritt 14. III. 1916, Austritt 30. III.)

Anamn.: Vater † an Auszehrung. Mutter und Geschwister sind gesund. Ehemann leidet an Tbc. pulm. Pat. hatte Pertussis und fünfmal Anfälle von Cholelithiasis. Menses mit

15 J., seit 1 J. unregelmässig, alle 2—5 Wochen, 10 Tage dauernd, stark; mit starkem Kopfweh und Druck auf Blase. 7 normale Geburten, 2 Frühgeburten. Letzte normale Entbindung vor 4 J. Anfang Jan. letzte Per. Anfang Febr. Gallensteinkolik 2—3 Tage, auf Einspritzung Besserung. Am 22. Febr. machte Pat. einen weiten Gang im Schnee, zu Hause angekommen, bekam sie eine starke Blutung und Schmerzen im Unterleib, besonders nachts und beim Gehen. Seither Blutungen, zeitweise einige Tage anstehend. Zunahme der Schmerzen im Unterleib, die jetzt ins rechte Bein ausstrahlen. Hie und da der Bauch ein Tag lang stark aufgetrieben mit Schmerzen und Druckgefühl. Pat. ist aufgeregt; Appetit gut, Schlaf schlecht. Miction mit Brennen. Opstipation.

Stat. pr.: Guter allgemeiner Zustand. Herz leises syst. Ger. über Spitze, sonst allgem. Stat. o. B. Abdomen gewölbt, fettreich. Beidseits vom Nabel Druckempfindlichkeit. Vulva geschlossen, Vag. livid. Ut. dextroponiert, anteflectiert, vergrössert, entsprechend der 8. Woche, höckerig.

Therapie: Viburnum und Bettruhe.

15. III. wenig Blutabgang, keine Schmerzen mehr.

17. III. Austritt: keine Blutung mehr, sonst Stat. id.

25. III. Wiedereintritt wegen unerträglichen Schmerzen im Unterleib. Expl. Vag. livid. Ut. anteflectiert, weich, dem III. Monat entsprechend, nach links ein taubeneigrosses Myom. Adnexe o. B.

30. III. Keine Schmerzen, keine Wehen, keine Blutung. Austritt.

b) Spontane oder künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (5 Fälle).

Fall 20. Frau R. S. 28 J. Graviditas uteri myomat. Abort. (Eintritt 13. II. 1902, Austritt 6. III.)

Anamn.: Mit 15, 20 und 25 Jahren Gliedersucht, im Anschluss daran Herzfehler. Menses mit 18 Jahren regelmässig 3 Tage ohne Molim. Letzte Per. 25. Sept. Im II. Monat der Gravid. häufig Erbrechen und Unwohlsein. Am 2. Dez. Abgang von hellrotem Blut — sistiert nach Opium und Bettruhe. Seit 6 Tagen Abgang von Blut vermischt mit Fruchtwasser. Erbrechen und Kopfschmerzen. Stuhl o. B.

Stat. pr.: Herzdpfg. nach rechts etwas verbreitert. Ueber allen Ostien syst. Ger. hauptsächlich über der Mitralis. II. Pt. verstärkt, Vulv. und Vag. entsprechend der Gravid. Ut. entspricht der 14. Woche, daraus fliesst braune Flüssigkeit. Links Ovar. leicht zu fühlen. Auf der rechten Uteruskante sitzt ein

kleiner weicher Tumor, der mit dem Ut. zusammenhängt, durch eine Furche getrennt. 15. II. 1902 spontane Ausstossung einer 15 cm langen mazerierten Frucht. Ein Stück des Schädels bleibt im Uterus und wird 2 St. später ausgestossen. Vag. Spülung. Placenta nicht geboren, deswegen dreimal täglich 20 Tropfen Ergotin. Am 19. II. noch keine Wehen, viermal täglich 20 Tropfen Ergotin. Abends Temp.-Steigerung 38,0 C. Manuelle Ausräumung. Die Placenta sitzt fest im rechten Horn des Uterus und die Entfernung ist wegen eines vorhandenen Myoms schwierig. Fetzen bleiben fest haften, so dass sie mit der grossen Curette entfernt werden müssen. Darauf intrauterine Spülung mit Chlorwasser und Tamponade der Cervix. 20. II. morgens Wohlbefinden, abends Schmerzen im Unterleib. Uterusgegend besonders rechts druckempfindlich. T. 40, P. 120. Intraut. Chlorwasserspülung. 21. II. Schmerzen geringer, 10 cm^3 ½% Collargollösung intrav. Fieberabfall. Abends Entfernung des Tampons, Spülung. 22. II. Brüste angeschwollen, schmerzhaft, werden hochgebunden. 24. II. Temp. 38,2. Spülung. Ergotin. 25. II. nachts starkes Schwitzen. 3. III. Pat. kann aufstehen und tritt am 6. III. aus, geheilt.

Fall 21. Frau S. B. 39 J. alt. Gravidit. ut. myomatosi. Abort. M. VI. (Eintritt 28. VI. 1907, Austritt 9. VII.)

Annam.: Ein Bruder † Kehlkopftbc., eine Schwester † Knochenfrass und Wassersucht. Pat. hatte vor 1 Jahr Brustfell- und Lungenentzündung. Menses mit 15 J., regelmässig, alle 4 Wochen, 4 Tage, stark, keine Mol. 1906 Fehlgeburt M. III bis IV. Letzte Per. Ende Dez. 1906. Vor 5 Tagen Schmerzen in der linken Seite, in der Poliklinik Muskelgeschwulst festgestellt. In der letzten Nacht plötzlich Wehen, Abgang von braunem Schleim. Beim Spitaleintritt am folgenden Tag nicht untersucht. 28. VI. 11 h. spontane Geburt von Zwillingen, der erste 32 cm, der andere 34 cm lang. Beide zeigen einige Atemzüge und Herzkonzentrationen. Plac. 11.15 h. spontan ausgestossen, eineiig; Zotten gallertig, blass. Links vom Ut. eine Geschwulst, die in den letzten Tagen und beim Abort stark schmerzte. Abführen und Ergotin. Die Beschwerden schwinden und Pat. steht am 7. VII. auf. Am 9. VII. Explor.: Multipl. Myome. Port. rechts hint. Vor dem Ut. ein kindskopfgrosser höckeriger Tumor. Links hinten ein zweiter, der kleinere Fortsätze bis in die Nähe der Spin. ant. sup. sendet. Pat. wird die Operation empfohlen — sie tritt aus.

Fall 22. Frau F. R. 42 J. alt. Abort incompl. M. III. und Myoma uteri. (Eintritt 15. I. 1916, Austritt 27. I.)

Anamn.: Als Kind Diphterie. Menses regelmässig alle 4 Wochen schwach. 8 normale Geburten, bezw. eine Querlage. Eine Frühgeburt im 8. Monat letztes Jahr im Juli. Nachher blieb die Periode 3 Monate aus. Anfang Nov. leichte Blutung, die beständig andauerte bis Neujahr, dann plötzlich starke Blutung, mit Abgang von Klumpen bis jetzt. Sonst Wohlbefinden, Miction und Defaecation o. B.

Stat. pr.: Guter Ernährungszustand. Herz und Lunge normal. Schlaffe Bauchdecken, weich, nirgends druckempfindlich, unten Tumor palbabel. Ziemlich viel blutiger Ausfluss. Ut. vergrössert, wie III. Mon. d. Gravidität mit Ausladung nach rechts. Cervix mit undeutlichem Hegarzeichen Portio gelockert. 18. I. Curettage. Ut. gross. Vorwölbung nach rechts, Sondenlänge 10 cm; Dilat. bis Hegar 14 geht ziemlich leicht. Mit der grossen Curette werden ziemlich viele Decidua- und Placentafetzen herausgebracht. 19. I. 2 Secaletabletten. 27. I. Austritt, geheilt. Ut. ziemlich gross, anteflect., rechte Kante vorgetrieben. Adnexe o. B.

Fall 23. Frau H. V. 46 J. alt. Abort. incip. mens. III. Uterus myomatosus. (Eintritt 12. XI. 1901.)

Anamn.: 6 Geschw. † an phtis. pulm. Pat. hat Keuchhusten, Masern, Typhus und Lungenentzündung durchgemacht. Periode mit 13. J., stark, 3 Tage Dauer. Letzte Anfang Juli. Als ledig hatte Pat. Fluor.

1890 Zangengeburt. Dammriss, genäht.

1893 norm. Geburt, 1894 Frühgeburt im 7. Mon. Kind gestorben. 1897 Abort im 5. Monat. Nach Ueberanstrengung seit kurzem starke Blutung. Schmerzen in Rücken und Unterleib. Schon bei der letzten Geburt wurde eine Geschwulst im Unterleib festgestellt, die keine Beschwerden machte. Stuhlgang und Diurese o. B. Seit 3 Tagen hütet Pat. das Bett, wenig Fieber.

Stat. pr.: Bauchdecken schlaff, man fühlt von aussen einen Tumor. Vulva klafft. Hintere Scheidenwand taubeneigross prolabiert, vorn weniger. Aus der Portio schleimiger roter Ausfluss. Links ist sie eingerissen. Cervix für 1 Finger durchgängig. Innerer Muttermund geschlossen. Ut. dem III. Monat entsprechend. An der linken Uteruskante bohnengrosse subseröse My. Uterusfläche uneben. Urin o. B. Wegen starker Blutung wird versucht, das Ei auszupressen — misslingt.

Curettage. Höhle glatt, ziemlich weit. Aetzung mit 50% Carbollösung. Tamponade der Cervix und Scheide mit Jodoformgaze. Ergotin. Austritt: Ut. über faustgross, Portio tief,

dextropon. An Cervix und Uteruswand fühlt man kirschgrosse Knoten.

Fall 24. Frau H. B. 32 J. alt. Hydramn. acut. Bigemini. Myoma uteri. (Eintritt 19. XII. 1902.)

Anamn.: Frühere Krankheiten: Lungenentzündung. Menses mit 14 J. regelmässig alle 4 Wochen 3 Tage lang. Letzte Anfang Aug. 1893, 1894 und 1897 normale Entbindungen. Keine Frühgeburt. Nach vierwöchtenlicher Gravidität bemerkte Pat. starkes Anschwellen des Leibes, der dann langsamer und in den letzten 4 Wochen wieder stärker wuchs. Vor 14 Tagen wehenartige Krämpfe im Unterleib. Opstipat. Nach Stuhlentleerung viermal Ohnmachtsanfälle. Keine Blutung. Diurese o. B. Kein Fieber. Appetit gut, aber Gefühl von Vollsein. Pat. kann nicht essen.

Stat. pr.: Abdomen stark aufgetrieben. Vulva und Portio entsprechend der Gravidität. Rechts Cervixriss. Urin OE. 29. XII. OZ Entleerung der Uterushöhle nach vorheriger Erweiterung der Cervix mit Colpeurynter. Ut. tamp. heisse Spülung und Ergotin. Nach Entfernung des I. Foet. stellt sich eine zweite Blase. Entfernung des zweiten Foet. Nachher leicht erhöhte Temp., die bald schwindet.

Fall. 25. Frau K. L. 28 J. alt. IV. Para. Pyelonephritis, Atonie Myoma uteri. W. B. febril. (Eintritt 29. Juli 1908, Austritt 25. Aug.)

Anamn.: Vater † Lungenschwindsucht. Mutter und Geschwister gesund. Als Kind hatte Pat. Masern. Mit 19 J. Anaemie. Periode mit 17 J. unregelmässig, anteponierend, 5 Tage Dauer. Krämpfe und starke Blutung bis zur I. Grav. 1903 Zangenentbindung wegen engem Becken . Kind reif, lebt, Wochenbett afebril. 1904 spont. Geburt, Kind starb nach 6 Wochen an Schwäche. Im W. B. Nierenentzündung und Blasenkatarrh. 1906 Fehlgeb. im VI. Monat, Curretage. 1907 Fehlgeburt im IV. Monat spontan. Letzte Periode 19. November 1907. Während der jetzigen Gravidität hatte Pat. oft Kreuzschmerzen, viel Kopfschmerzen, Schmerzen im Leibe rechts und in der Nierengegend.

Stat. pr.: Pat. kräftig und gut ernährt. Herz o. B. Lunge: diffus verteilte klingende und meist nicht klingende Ronchi. Keine Dmpfg. Urin + E. 29. abends P. 108 nicht gespannt. Viermal 20 Tropfen Parathyreoidin. 30. VII. abends P. 102. Urin: wenig gran. Cylinder 4 $^0/_{00}$ Eiweiss polygon. Epithelien. Lungenkatarrh: Bronchitiskessel. T. 36,7. 31. VII. starkes

Kopfweh. namentlich nachts. Kein Brechreiz. P. 92, T. 36,9. (Urin 1000 E = 4 $^0/_{00}$.)

1. VIII. Flimmern vor den Augen und Sehschwäche. Im Urin runde und geschwänzte Epithelien in mässiger Menge.

4. VIII. Immer noch Kopfweh. Wenig Epistaxis, Herztöne hörbar, in der Mitte zwischen Spina links und Nabel ebenso 3 Querfinger vom Nabel nach rechts. Lungen vorn fast keine, hinten sehr wenig Ronchi. T. 36,4, P. 108. Urin 1700 cm^3 E = 12 $^0/_{00}$.

6. VIII. Ophtalm. Diagnose: doppelseitige Neuritis optica mit beginnender neurit. Veränderung hauptsächlich in der Makulagegend.

7. VIII. Kreuz- und Rückenschmerzen, keine Wehen, P. 120, T. 36,9 E = 13 $^0/_{00}$, U. 1700. Einleitung der Frühgeburt. Indikation: Nephritis mit steigender E-Menge, cerebrale Symptome und Veränderungen im Augenhintergrund.

8. VIII. Im Katheterurin reichlich Sediment von frischen roten Blutkörperchen, viel Leukozyten und Nierenepithelien. E = 24 $^0/_{00}$.

7. VIII. 10.45 a. m. Aeussere Mm. für den Finger durchgängig. Innere Mm. für Fingerkuppe offen. Blase steht. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. D. Sp. 26 D. Cr. 30,5 CE. 20: Beckenmasse. Fund. ein Querf. unter dem proc. Xiph., darin grosse Teile fühlbar. Rücken rechts Herztöne des Kindes rechts vom Nabel, ebenso links Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Eihautstich mit der Herffschen Mausezange — schwierig, da Collum noch eng und nach hinten steht und der innere Mm. sehr hoch nach oben. In den nächsten Stunden fliesst viel Fruchtwasser ab.

8. VIII. 2 a. m. setzen schwache Wehen ein.

7. a. m. stärkere Wehen alle Viertelstunden.

9 a. m. 0,5 Chinin, 5 a. m. Wehen gut, alle 5—10 Min. 2.20 p. m. E. = 36 $^0/_{00}$, 4.15 p. m. starke Presswehen. Geburt geht sehr langsam. 5.10 p. m. mit Hilfe des Kristellerschen Handgriffes Geburt eines reifen Knaben — schreit auf leichte Hautreize (49 cm, 2800 gr). T. p. p. 37,3. P. 128. Nach der Geburt fühlt man an der linken Seite des Uterus einen ca. kindskopfgrossen Tumor, geringe Blutung, Placenta wird nach Credé exprimiert. Sie ist ziemlich adhaerent. Mit ihr entleeren sich reichl. Blutmassen. Auf der kindlichen Seite der Placenta apfelgrosse Cyste, von Ammion bedeckt, vom Rande bis zur Nabelschnur. Subamniot. Blutung (Inhalt alte graubraune Blutgerinsel). Wegen Verdacht auf intrauterine Placentaretention Revision, die nur Eihäute zutage fördert. In

Scheide und Ut. sehr viel Blutgerinsel. Intraut. heisse Cl.-Spülung. Der Tumor ist ein kindskopfgrosses submucöses Myom, das sich in die Uterushöhle vorwölbt. 1,0 Secacornin. Ut. hart, Blutung steht. Puls sehr frequent, wird bald besser. 7 p. m. Puls klein, sehr frequent, 0,2 Coffein subcutan. 8 p. m. Puls wenig verändert. Seit der Geburt schwitzt Pat. stark. E = 26 $^0/_{00}$. 8.45 p. m. immer noch starker Schweissausbruch. Puls sehr frequent, starker Durst. Subcut. Kochsalzinfusion in der Gegend der linken Mamma ca. 400 cm^3. Pat. fühlt sich etwas besser, trinkt ziemlich viel. Kein Brechreiz, keine Kopfschmerzen. Bei Druck auf den Uterus entleeren sich noch einige Gerinsel, gute Contrakt. 9.15 p. m. Kochsalzclysma 150 cm^3. In der Nacht 3stündl. 0,2 Coffein. 9. VIII. 8 a. m. E = 16 $^0/_{00}$. P. 120, T. 36,9. Pat. fühlt sich wohler, hat immer noch Augenflimmern. Ziemlich viel Husten, sput. eitrig, ohne Tbc., manchmal blutig tingiert. Kein Kopfweh mehr, kein Erbrechen, geringes Oedem. E 2.30 p. m. = 4 $^0/_{00}$. Kind schreit den ganzen Tag, abends im Ofen. 10. VIII. 5 h. morgens exitus. 10. VIII. Wohlbefinden. Pat. sieht wieder gut, abends wieder Flimmern. Schmerzen in der Nierengegend beidseits. E = 1 $^0/_{00}$. Reichliches Sediment von Eiterkörperchen, platte und runde Epithelien, keine roten Blutkörperchen, keine Cylinder. Urin stark alkal., riecht nach Ammoniak. Pat. hustet noch ziemlich viel. Heisse Umschläge auf Blasengegend. T. abends 37,2, P. 116.

11. VIII. E = 1 $^0/_{00}$. Etwas Kopfschmerzen. Ausfl. blutig, ziemlich reichlich Uterus reicht bis zum Nabel, Ergotin. T. abends 36,9, P. 116.

12. VIII. E = 1 $^0/_{00}$, reichlich Eitersediment, etwas geringer als am 10. VIII. Schmerzen in der Nierengegend — in die Blase ausstrahlend. Brennen beim Wasserlösen. T. abends 36,2, P. 104. Pat. fühlt sich sonst wohler. Pyramidon.

13. VIII. Blutuntersuchung; 18000 Leukozyt. Im Urin Staphylo- und Streptococcen, keine Coli und Tbc. Urotropin.

16. VIII. E = 1 $^0/_{00}$ Eitersedim. geringer. Kein Flimmern vor den Augen. Schmerzen in der Blasengegend. T. abends 37,5, P. 108. Thermophor.

18. VIII. 66% Haemoglobin. 18500 Leukoz., 10,25% eosinphile; ebenfalls Vermehrung der polynnaleären. E = ¾ $^0/_{00}$. T. abends 36,7, P. 120.

19. VII. Pat. sitzt auf, T. abends 38, P, 116. E = ½ $^0/_{00}$. Urin noch trüb. Sediment geringer, besteht aus Eiterkörperchen.

22. VIII. Pat. steht auf. E = Esbachkuppe. Keine Schmerzen, kein Husten und Auswurf. T. abends 37, 4, P. 98.

25. VIII. Auf der linken Seite des Uterus ein apfelgrosser Tumor, Fundus Ut. reicht noch bis 3 Querfinger unter den Nabel Ausfluss immer noch blutig. Keine Erscheinungen von Seiten der Augen. Keine Schmerzen. Urin E = Esbachkuppe, klar, nur eine kleine Wolke, in der sich wenige Eiterkörperchen befinden. Austritt.

c) Fälle, bei denen operativ eingegriffen werden musste.
(15 Fälle.)

α) *Probelaparotomie;*
β) *Myomenukleation* mit 1. weiter dauernder Gravidität, 2. folgender normaler Geburt, 3. Abort;
γ) *Hysterectomie* (incl. vag.).

Fall 26. Frau J. B. 30 Jahre alt. Myoma cysticum uteri, Graviditas mens. IV. (Eintr. 29. VI. 1910.)

Anamnese. Als Kind Rotsucht, später Bleichsucht. Menses mit 17½ J., regelm. alle 3—4 W., Blutung stark, 4—5 Tage Dauer. Krämpfe am 1. Tag. Letzte Per. Ende Febr. 1910. Im März und April geringe Blutung. Im April Schmerzen im Unterleib zur Zeit der Periode, die von selber wieder schwanden. Kein Fieber. Opstipation. Diurese o. B.

Stat. pr. Allgem. o. B. Abdomen; links von der Linea alba ein cystischer Tumor, der frei beweglich ist; rechts vom Uterus und daraufliegend ein zweiter Tumor. 30. VI. Laparatomia probatoria: Ut. stark vergrössert, reicht bis in die Mitte zwischen Symphyse und Nabel. An der linken Tubenecke ein Tumor stark knollig, kindskopfgross aufgetrieben. Die Knollen sind prallelastisch deutlich fluctuierend (cystisches Myom). Da die Gefahr besteht, bei Entfernung des Knollens die Uterushöhle zu eröffnen und die Gravidität zu beenden, wird die Entfernung unterlassen. Schluss der Wunde. 16. VII. Explorat: Narbe solid. Ut. gross, entspricht dem V. Monat der Schwangerschaft — sehr breit, steht etwa 1 Finger breit unter dem Nabel. Links ein kindskopfgrosser weicher Tumor, rechts der schwangere Uterus. Pat. soll sich Anfang Sept. wieder zeigen. Austritt.

Fall 27. Frl. R. 32 J. alt. Myomata uteri gravidi. (Eintritt 12. V. 1903, Austritt 10. VI.)

Anamn.: Pat. war immer gesund. Menses mit 16 J. regelmässig alle 4 Wochen 3 Tage Dauer, hie und da mit Molimina. Letzte Per. Ende Dez. 1902. Im Jan. Magen-, Kopf- und Kreuzschmerzen, nie Erbrechen. Seit Febr. nur noch Kreuzschmerzen. Opstipation. Diurese — 10 mal täglich. Fluor albus.

Stat. pr.: Gutes Aussehen. Herz: an Spizte und Aorta syst. Ger. Mamae aufgetrieben, enthalten Colostr. Im Abdomen ein Tumor, der sich aus dem Becken erhebt und 2 Finger über den Nabel reicht. Derselbe ist teigig weich und schmal. Man fühlt Kindsteile. Auf dem Ut. ein kleines Myom. Hymen erhalten, nirgends bis auf die Basis eingerissen, sehr dehnbar. Auf dem Beckenboden eine Geschwulst, die ihn ganz ausfüllt. Portio etwas unter dem oberen Rande des rechten horizontalen Schambeinastes, weich — aufgelockert. Cervix geht in den Tumor über. Myomectom. p. Laparat. 20. V. Nach Eröffnung des Perit. liegt der schwangere Uterus vor, auf dessen vorderer Fläche ein mandelgrosses Myom breitbasig aufsitzt. Der Haupttumor findet sich hinter dem linken seit. Tubenansatz und ist mit dem Ut. kleinhandtellergross verbunden. Norm. Verlauf. Lap. pp. geheilt. 10. Juni Austritt. Gravidität besteht ungestört weiter.

Fall 28. Frau Z. 39. J.

5. III. 1914. Seit 5½ J. verheiratet. 4 Fehlgeb., wovon 3 nach 6 Mon., 1 mit 4 Mon. Letzte: Oktober 1913 Menses alle 4 W., 4 Tage lang, stark, ohne Schmerzen.

Stat. pr.: Vulv. Vag. o. B. Ut. anteflect., etwas höckerige Oberfläche. Rechts vorne taubeneigrosser derber Tumor mit unebener Oberfläche, L. Ovar. nussgross, cystisch.

2. IV. 1914 Operation. Das suberöse Myom ist mit dem Netz verwachsen, wird abgetragen, ebenso 2 kirschgrosse Myome der hinteren Wand werden enukleiert. Partielle Resection des linken Ovariums. Glatte Rekonvaleszens. Letzte Menses 27. Juni 1914. 1. April 1915 normale Geburt eines gesunden Knaben — nach ungestörter Schwangerschaft.

Fall 29. Frau P. S. 42 J. alt. Myomata uteri in Gravidate. Enucleat. p. Laparat. (Eintritt 1. V. 1902.)

Anamn.: Mutter starb mit 47 J. an Gebärmuttergeschwür. Pat. selbst war nie wesentlich krank. Menses mit 14 Jahren, seither regelmässig 4wöchentlich, 4tägig, stark, ohne Molimina. 1887 eine normale Geburt, im Wochenbett kurzes Fieber; kein Abort. Seit 1 Jahr antepon. Menses; 2—4wöchentlich ohne Schmerzen. Letzte Per. Neujahr 1902. Seither treten zur Zeit der Regel Kongestionen zum Kopfe und leichtes Nasenbluten auf. Seit Mitte Februar bemerkte Pat. ein Grösserwerden des Leibes und leidet seit jener Zeit an Blähungen. Seit Mitte April Appetitlosigkeit, starke Abmagerung und zunehmende Schwäche; häufiger Urindrang mit zahlreichen kleinen Mictionen. 1. Mai 1902 Aufnahme ins Frauenspital.

Stat. pr.: Mittelkräftige Pat. Zahlreiche Telangiectasien am ganzen Körper. In den Brüsten Colostrum. Im Abdomen findet sich ein Tumor, der aus dem kleinen Becken kommend, bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reicht. Consistenz teigig. Vulva bläulich verfärbt. Portio steht vorn direkt hinter der Symphyse; sie setzt sich in den von aussen gefühlten Tumor continuierlich fort (gravid. Ut.). Dicht hinter der Portio fühlt man einen zweiten stark faustgrossen Tumor von ungleicher, wenig harter, stellenweise undeutlich fluctuierender Consistenz und höckeriger Oberfläche. Auf starken Druck lässt sich die Geschwulst nach oben aus dem kleinen Becken drängen, worauf sie nach links und hinter den graviden Ut. zu liegen kommt und der Palpation entschwindet. Zwischen dem Tumor und dem Uteruskörper lässt sich nirgends eine Verbindung nachweisen. Rechts vom Uterus lässt sich ein kleinapfelgrosser fester Körper palpieren, der als das hypertrophische Ovarium imponiert. Diagnose: Graviditas, Dermoid des linken Ovar. Da der grössere Tumor sich nur schwer aus dem kleinen Becken hinausschieben liess, der Stil lang erschien, die Möglichkeit einer Stiltorsion also gegeben war, da ferner das Aussehen der Pat., das Alter, die Gewichtsabnahme (und ferner die zahlreichen Telangiektasien) die Malignität der Geschwulst nicht ganz ausschlossen, erschien die Operation gerechtfertigt. 6. Mai Laparatomie (Prof. v. Herff). Die Grösse des Ut. entspricht ungefähr der 22. Woche. Die als Dermoid angesprochene Geschwulst des linken Ovar. erweist sich als ein sehr weicher Tumor des Ut., diesem letzteren links hinten, in der Gegend oberhalb der Cervix breit aufsitzend. An der vordern und hintern Wand der Gebärmutter sitzen eine ganze Anzahl derber weisslicher Knötchen, die den Verdacht erwecken, es könnte sich um metastatische Sarkomknötchen handeln. Rechts liegt das stark hypertrophische Ovar. Möglichst vorsichtig wird der Uterus herausgewälzt, auf die rechte Seite gezogen und seine linke Kante nach vorne gedreht. Sodann wird 2 Querfinger breit oberhalb des Ansatzes des Tumors das Perit. circulär durchschnitten und eine Manchette gebildet. Es folgt die Enucleation des am Ut. sitzenden Teils des Tumors. Sie geschieht bei mässiger Blutung ohne grosse Schwierigkeit, dagegen weniger leicht gelingt das Vernähen des Geschwulstbettes mit Zwirnknopfnähten, wegen der grossen Zerreisslichkeit des Bauchfelles und wegen des Blutreichtums der puerperalen Gewebe. Da ein Durchschnitt der exstirpierten Geschwulst makroskop. keinen Anhaltspunkt für Malignität ergibt, so entfällt natürlich die Wegnahme des Uterus. Schluss

der Bauchhöhle und fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums, darüber Zwirnknopfnähte, die Fascie und die Haut fassend. Die exstirpierte Geschwulst hat eine äussere derbere Schicht, während die zentraleren Partien eine weichere, in Zerfall befindliche Masse darstellen. Mikroskop. weisen die peripheren Bezirke der Geschwulst faserig geschichtete Züge glatter Muskulatur und reichliches Bindegewebe auf. Die zentralen Partien sind in Zerfall begriffen (Fettkörperchen), nirgends Anhaltspunkte für maligne Degenerat. Diagnose: In Erweichung begriffenes Fibromyoma uteri. Der Verlauf nach der Operation war ein afebriler, die Wunde heilte p. p. Am 13. Mai konnten deutlich kindliche Herztöne nachgewiesen werden. Pat. stand am 21. Mai zum ersten Male auf und wurde am 29. Mai geheilt entlassen. Der Uterus stand bei der Entlassung in Nabelhöhe, die Bauchnarbe war überall solid. Während der folgenden Zeit der Gravidität befand sich Pat. stets wohl. Am 2. Sept. 10.30 h. nachmittags ging das Wasser ab; am 3. Sept. trat Pat. auf der geburtshilflichen Abteilung ein. Die Wehen begannen am 4. Sept. 6.30 vorm. II. Schädellage. Das Entfalten des Cervix und die Eröffnung des Muttermundes geschahen unter dem Einfluss kräftiger Wehen in normaler Weise. Um 1.20 nachmittags wurde ein 49 cm langes, 2870 gr schweres Mädchen geboren. Der Ut. contrahierte sich gut und um 3 h. wurde die Placenta ausgestossen. Eine Blutung erfolgte nicht. Nach Austritt der Placenta stand der Ut. noch in Nabelhöhe. Das Wochenbett verlief normal. Höchste Temp. 36,9° C. Vom 4. Tage an wurde täglich eine Ergotininjektion gemacht (0,3). Am 7. Tage stand der Ut. noch handbreit über der Symphyse. Bei der Entlassung am 11. Tage nur noch 2 Querfinger über derselben. Pat. konnte wegen Milchmangel nicht stillen.

Fall 30. Frau L. W. 27 J. alt. Myoma uteri subserosum in graviditate mens VI.—VII. Myomenucleat. p. Laparatomiam. (Eintritt 11. XI. 1904, Austritt 9. XII. 1904.)

Anamn.: Vater † phtis. pulm. Mutter und Geschwister alle gesund. Periode mit 13 J. alle 4 W. 5 Tage, Blutverlust ziemlich stark, mit Krämpfen (nicht mehr so stark seit 1900). April 1904 Frühgeburt. Letzte Per. Anfang Mai, 14 Tage Dauer. Seit Juli Druckschmerzen im Leib, am stärksten im Liegen, zeitweise schwindend. Pat. ist immer opstipiert. Brennen bei der Miction. Appetit und Schlaf gut.

Stat. pr.: Allgemeines Aussehen gut. Herz und Lunge o. B. Im Abdomen links kleiner verschieblicher Tumor. Ut. entsprechend dem VI. Monat der Gravidität. Urin + Z, OE am 11. XI. Urin OZ OE am 13. XI.

16. XI. Operation. Bauchschnitt in der Linea alba 8 cm lang, unterhalb dem Nabel. Das Myom präsentiert sich als flacher suberöser Tumor von Hühnereigrösse. Es wird circulär umschnitten und stumpf aus der Uteruswand herausgeschält. Schluss der Wunde mit versenkten und oberflächlichen Nähten und eine die erste deckende seroseröse Naht, fortlaufend mit Catgut. Uebrige Schichten mit Zwirnknopfnähten. Xeroformpulverzinkleinenverband. Nach der Operation starke Schmerzen. Abends Extract. Viburn. Temp. 39,1. 17. abends Schmerzen — Mo. 18. Heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend — Mo. 19. Trotz Ricinus und Klysma kein Stuhl. Abends Kreuzschmerzen — Mo. 20. Magnesiumsulf. Auf Oelklysma Stuhl. Abends Aspirin und Mo. 22. und 23. Wohlbefinden. 24. nachts Leibschmerzen. 29. Nähte entfernt — Wunde p. p. geheilt. Seite Liegen. 1. XII. Aufsitzen. 9. XII. 1904 Austritt: Wunde p. p. geheilt, nirgends druckempfindlich. Uterusfund., handbreit über dem Nabel. Hie und da leicht stechende Schmerzen auf der rechten Seite.

13. XII. 1904 Wiedereintritt: Thrombophlebitis sinistra in graviditate. Temp. immer nur 36,5° C. Puls um 90. Austritt 6. I. 1905, linker Unterschenkel noch leicht geschwollen, nirgends Druckempfindlichkeit.

Wiedereintritt 4. II. 1905. Beckenm. D. S. 27 DC 31 CE 20. Wehenanfang 3. II. 1 p. m. 5. II. 3.20 p m. spont. Geb. eines reifen Mädchens (50 cm, 3100 gr) in I. Schädellage, 5 a. m. Austritt der vollständigen Placenta auf leichten Druck. Wehen waren nicht gerade gut. Blutverlust mässig. Ein kleiner Dammriss mit 1 Knopfnaht genäht. T. p. p. 36,8, P. 80. Wochenbett afebril. 13. II. Abgang eines Blucoagulums — Ergotin-Spülung. 16. II. Austritt: Wohlbefinden. Dammriss p. p. Wochenfluss noch etwas blutig. Unterhalb des Nabels eine lineär verlaufende pigmentierte Laparatomienarbe, an dieser Stelle der Fundus adhaerent. Pat. stillt.

Fall 31. Frau H. 36 J. alt. Myoma subserosum in graviditate. Myomectomie per Laparatom. Abort. (Eintritt 5. III. 1914.)

Anamn.: Mutter † an Unterleibsgeschwulst, 4 Geschwister gesund, eines gestorben und eines operiert wegen Unterleibsgeschwulst. Als Kind machte Pat. Masern, Diphterie und Pertussis durch. Vor 10 J. Gallensteinkolik — 3 J. lang Anfälle. Menses mit 12 J. regelmässig alle 4 W. 3—4 Tage Dauer — seit 2 J. 6—7 Tage und stärker als früher. Letzte Regel Anfang Sept. 1905, Knabe, Zangenentbindung. (Kind ist scrophulös.) Wochenbett etwas febril. 1906 spont. Geb. Kind gesund

— nicht gestillt. Keine Aborte. 3 W. nachdem die Periode ausgeblieben war, spürte Pat. im Bauche eine Geschwulst, die sich verschieben liess und an Grösse wuchs. Anfallsweise Schmerzen, beim Gehen und Arbeiten häufiger. Seit 2 Tagen wehenartige Schmerzen, nach der Lage wechselnd, am stärksten, wenn die Geschwulst auf die Blase drückt. Im Beginn der Gravidität Nausea. Kindesbewegungen nach 4½ Monaten. Appetit gut. Schlaf in der schmerzenfreien Zeit gut. Opstipation. Miction o. B. 20. I. 1914 Befund in der Poliklinik: Gravidit. M. IV., in der Uterusecke ein Myom von Gänseeigrösse.

Stat. pr.: Mittelgr. Frau, gerötetes Gesicht starke Varicen der Beine, Herz an der Spitze syst. Ger., sonst allg. Stat. o. B. Vulva klafft, Vag. livid. Ut. 2 Querfinger breit unter dem Nabel, in der rechten Seite ein höckeriger Tumor. 5. III. 1914. 7. p. m. Myomect. ut. grav. m. V. p. Lap. Hühnereigrosses Myom subserös am Fundus neben der rechten Tube. Wird durch Scherenschnitt ausgeschält. Muskulöse, muskuloseröse und Lambertsche Naht. Nach der Operation: 1 Spritze Disotrin und 1 Spritze Coffeïn. 6. III. abends leichte Blutung, zeitweise stehend. 7. III. Die Wehen, die schon 2 Tage vor dem Eintritt bestanden haben, dauern in gesteigertem Masse an. 4 h. Geburt in I. Steisslage, durch Extraction leicht zu beenden. Placenta folgt sofort spontan vollständig. Sehr geringe Blutung. Kind 36 cm lang, lebt noch, schreit ein wenig, † nach 1 Stunde. 930 gr Gewicht. Placenta wiegt 340 gr. Austritt 16. III. 1914 nach glatter Heilung. Lineäre Narbe. Mit Ergotin entlassen.

Fall 32. Frau K. R. 32 J. alt. Myomata uteri und Graviditas m. III.—IV. Myomectomie. Abort. Digit. und instrumentelle Ausräumung. (Eintritt 6. XI. 16.)

Inamn.: Als Kind Rachitis, lernte erst mit 4 Jahren laufen. Vor 4 Jahren Nephritis. Menses regelmässig alle 4 W. 4 Tage. Dauer, 2 Tage stark, geringe Schmerzen. Letzte Periode 9. Aug. Vor 6 J. eine Frühgeburt im 3. Monat. Seit Ausbleiben der Periode öfters Kreuzschmerzen. Vor 3 Monaten wegen linksseitigem Ovarialtumor ärztliche Behandlung. Der Tumor soll in letzter Zeit grösser geworden sein. Beschwerden macht er nicht. Schon vor 6 J. ist er festgestellt worden. Appetit gut, Schlaf mässig, Stuhl o. B. Miction mit Schmerzen.

Stat. pr. Pat. gut ernährt. Allg. St. O. B. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Links, etwas unterhalb dem Nabel fühlt man einen kleinfaustgrossen kugeligen derben Tumor, der sich nach rechts und unten sehr leicht bewegen lässt. Auf Druck etwas empfindlich. Vulva geschlossen, Hymen eingerissen.

Uterus entspricht dem III. Monat. 8. XI. 1916 Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt der gravide Uterus vor. Von der Mitte des Fundus geht ein kurzgestieltes subseröses, hartes, citronengrosses Myom aus, Ausschälung. 9. XI. mehrmals Erbrechen. Noch kein Wind, rege Peristaltik; leichte Blutung aus den Genitalien. 11. XI. Befinden gut, Blutung sistiert. 14. XI. Keine Blutung, kein Ausfluss; Pat. steht für kurze Zeit auf. 17. XI. Leichte Blutung, Bettruhe. 21. XI. Wenig blutig gefärbter Ausfluss. 24. XI. Stärkere Blutung. Kreuzschmerzen. Tgl. 0,03 Opium suposit. 29. XI. Wenig bräunl. Ausfluss, wehenartige Krämpfe und Kreuzschmerzen.

1. XII. Es gehen mehrere Blutcoagula ab, starke Kreuzschmerzen. 2. XII. Pat. fühlt sich wohler, gar kein Ausfluss. 4. XII. Kein Ausfluss, Pat. steht auf. 5. XII. Tagsüber Wohlbefinden, kein Ausfluss, abends 11 Uhr wird spont. ein 10 bis 20 cm. langer, völlig matcher Foetus ausgestossen. 1 Spr. Secacornin. 6. XII. 1 Uhr morg. Es blutet ziemlich stark, die Placenta wird nicht ausgestossen. Explorat: d. Mm. ist für 1 Finger gut durchgängig, die Placenta haftet am Fundus Uteri fest. Ein Teil wird digital entfernt, der Rest mit der Abortzange. Revision. Intrauterine heisse Chlorwasserspülung. Der vorher schlaffe Uterus contrahiert sich gut. 1 Sp. Secac. 3 mal Secaletabl. 7. XII. Befinden gut. 8. XII. Ziemlich viel blutiger Ausfluss. Puls abds. 120. Urin OE o. Z klar. 9. XII. T. abds. 38° C., P. 120, starker Ausfluss, Uterus druckempfindlich. 10. XII. Pat. friert. T. abds. 38,9° C, P. 134. 11. XII. morg. T. 36,7. Befinden besser, nachmittags Schüttelfrost, T. 39,2° C. Abends nochmals Schüttelfrost, viel Ausfluss. Revision in Narkose: Eingehen mit 1 Finger durch Cervix leicht möglich. In der Höhe des Cervix vorn links submucös ein taubeneigrosser Myomknoten, anscheinend von Schleimhaut überzogen. Am Fundus haftet links ein grösseres und rechts ein kleineres Placentarstück. Digitale Entfernung desselben. Intraut. Chlorwasserspülung und 1 Sp. Secacornin. Zirka 2 St. nachher nochmals Schüttelfrost. T. 40,8. 12. XII. Befinden besser. T. 37,3, P. 100. Sehr wenig Ausfluss. dreimal täglich heisse Spühlung und dreimal 25 Tropfen Ergotin. Aus den Placentarresten sind Staphylococcen gewachsen. 13. XII. Pat. fieberfrei. 16. XII. Aufsitzen am Bettrand. Pat. sieht etwas anämisch aus. Chlorosan. 18. XII. Steht auf, fühlt sich noch sehr elend. 27. XII. Im Abdomen auf der linken Seite Schmerzen. Keine Resistenz fühlbar, leichte Druckempfindlichkeit. T. normal. Austritt. Ut. recliniert, anteflectiert, involviert, etwas empfindlich. Aeusserer Muttermund kaum für Fingerkuppe durch-

gängig. Gegend der linken Adnexe ebenfalls etwas empfindlich. Ein Myom am Uterus nicht mit Deutlichkeit nachweisbar.

Fall 33. Frl. Sch. 28 J. alt. Myoma uteri gravidi. Hysterectomia p. Lap. (Eintritt 10. VII. 1902.)

Anamn.: Frühere Krankheiten Rotsucht, Keuchhusten, Halsleiden, Knickung der Gebärmutter. Vor 1 J. Nervosität, Schwäche in Armen und Beinen und braune Flecken am Gesäss. Menses mit 13½ Jahren, regelmässig 3wöchentlich 5 Tage, schwach, ohne Molimina. Letzte Per. 1. Juni 1902. Nach Aussage des Arztes seit 1 J. im Leibe eine langsam wachsende Geschwulst. Pat. bemerkt seit 2 Wochen starkes Dickwerden. Keine Beschwerden.

Stat. pr.: Im untern Teil des Abdom. bis zum Nabel kartenherzförmiger Tumor, flach, vorgewölbt, verschieblich, ziemlich fest und knollig. Vulva Vag. o. B. Portio in der Mittellinie sehr hart. Cervix ein kleines Stück weit fühlbar. Fund. ut. nicht differenzierbar, vielleicht in den Tumor übergehend. Hegar'sches Zeichen fehlt. Im Douglas vom Rectum aus ein kleiner harter Körper (Ovarium?). Douglasfalten o. B. Diagnose: Myoma ut. oder Tumor ovar (malign. ?); p. operat. Myoma ut. et grav. mens. I—II. Therapie: Hysterectomia vaginalis — Salpingoophorectomia sinistra. Praeparat.: Gewicht des Tumor 1250 gr. Der myomatös vergrösserte Ut. aus mehreren kleineren und grösseren (bis 2 mandarinengrossen) interstitiellen Myomknollen zusammengesetzt An der linken Wand sitzt ein Ovulum. Kopfsteisslänge der Frucht misst 8 mm. 9. VIII. 1902 Austritt: geheilt. Laparatomiewunde p. p. nirgends druckempfindlich keine Resistenz. Portiostumpf frei beweglich in der Führungslinie.

Fall 34. Frau M. G. 28 J. Incarceratio ut. grav. retroflecti, myomatosi.

Anamn.: Mutter † Tbc. pulm. Schwester an Oesophaguskrebs (29 Jahre alt). 2 Schwestern gesund. Als Mädchen bleichsüchtig; 1900 Blinddarmentzündung — wurde operiert. Seither gesund. Menses mit 14 J. Anfangs unregelmässig, dann stabiler; stark, bis 8 Tage dauernd, mit Krämpfen. Letzte Per. 19. März. Im Mai zur Zeit der Per. ein Tag lang Krämpfe, keine Blutung. Später hie und da Schmerzen im Unterleib zur Zeit der Periode. In letzter Zeit anhaltendes Unwohlsein. Druck und Schmerzgefühl im Unterleib, Uebelkeit und Erbrechen. Nie Fieber. Der Arzt fand neben dem Ut. eine Geschwulst, die während 14 Tagen zunahm, und schickte dann Pat. ins Spital. Stuhl und Diurese o. B.

Stat. pr.: Im allgemeinen o. B. Brüste ohne Colostr. Abdomen ziemlich weich, nicht schmerzhaft. Vulva Vagina: Gewebe blutreich, aufgelockert, Portio hinter der Symphyse liegend. Das ganze Becken ist ausgefüllt von einem teigig weichen Tumor. Der härtere grössere Teil liegt rechts, nach links lässt sich ein kleinerer abteilen, dessen Zugehörigkeit nicht sicher festzustellen ist (Nebenhorn?). Urin OE oZ. Diagnose: Incarceratio ut. retrofl. grav. Graviditas in utero didelphi? rechtsseitiger Ovarialtumor? subseröses Myom? Pat. war als Grav. extrauterina geschickt worden. Therapie: Uterus reponiert, Metallring eingelegt. Bettruhe. Der aufgerichtete Uterus bleibt in guter Anteflexion. Pat. tritt auf ihren Wunsch am 18. Juni aus. Wiedereintritt 3. Aug. 1906. Abdomen weich, nicht schmerzhaft, in den untern Partien etwas aufgetrieben. Vulva geschlossen, Vag. livid. Portio etwas links von der Führungslinie. Uterus 3 Querfinger breit unter dem Nabel. Dicht an der Unterkante rechts ein kugeliger Tumor von klein Faustgrösse, ziemlich beweglich. Oberfläche glatt, Consistenz derb. Trotzdem der Tumor dicht an der Uteruskante ist, scheint er vom Uterus unabhängig zu sein. Therapie: Hysterectomia supravaginalis mit den Adnexen. Beim Eröffnen des Peritoneums liegt vor der gravide Uterus. Rechts dicht daran ein Tumor, der in die Wand übergeht und tief nach unten bis an den Hals reicht und zwischen die Blätter des Lig. latum gewachsen ist. Zwischen Uterus und Tumor eine seichte Furche. Der Tumor reicht bis an die Decidua, und beim Versuch, ihn auszuschälen, kommen die Eihäute zum Vorschein, weshalb der Ut. supravaginal amputiert wird. Ut. entsprechend IV.—V. Mon. Auf der rechten Seitenkante ein faustgrosser Tumor, der nach aussen zwischen die Blätter des Lig. lat. gewachsen ist, nach innen durch die ganze Wanddicke des Uterus geht und ins Cavum unter der Decidua kleinhandtellerbreit hineinragt. Auf der rechten vorderen Wand 5 haselnussgrosse, subseröse Myome. Foet. 22 cm lang, 222 gr schwer. Pat. erholt sich gut. 7. VIII. Physostigmin und Mo. Normaler Heilungsverlauf. Pat. steht am 22. VIII. auf und verlässt am 25. VIII. geheilt das Spital. Cervixstumpf gut beweglich.

Fall 35. Frau E. D. 41 J. Graviditas ut. myomatosi. Amputat. ut. supravag. (Eintritt 4. Juni 1910.)

Anamn.: Als Kind Masern. Mit 20 J. Bleichsucht. Mit 18 und 24 J. Typhus. Magensenkung. Menses mit 12½ J. Anfangs unregelmässig alle 4 Wochen, stark, mit Schmerzen. 1886 Partus. Kind † an Verdauungsstörung. Kein Abort. Letzte

Per. 1. April. Ende April 2 Tage lang, wenig blutig wässeriger Ausfluss. Im Mai starke Krämpfe in der Mitte des Leibes. In der linken Seite stechende Schmerzen. In letzter Zeit öfter Erbrechen. Pat. fühlt sich oft matt. In den letzten Tagen aufgetriebener Leib und starke Schmerzen. Pat. konnte das Wasser nicht lösen. Stuhl regelmässig auf Medikam.

Stat. pr.: Pat. blass, mässiger Ernährungszustand. Allgem. St. o. B. Vulva Vagina livid. Portio direkt hinter der Symphyse. Nach links fühlt man einen Knoten (Myom). Das ganze Becken ausgefüllt von einem Tumor, der 3 Querfinger breit über den Beckeneingang hervorragt, alles sehr druckempfindlich. Der Tumor hart und fest, lässt sich emporschieben. Links hinten fühlt man etwas diffuses, wie eine Cyste. Urin hell, klar OE OZ.

6. VI. 1910 Amputat. ut. supravag. Der Ut. ragt fingerbreit über die Symphyse. Der vordere linke obere Teil fühlt sich sehr weich an. Am Ansatz der Lig. rot. sinistr. am Uterus findet sich ein taubeneigrosses subseröses Myom. In den harten rechten Teil des Ut. ein Bohrer geschraubt, Ut. vorgezogen. Das rechte Ovarium etwas vergrössert. Ut. supravag. amputiert. Bei der Durchtrennung fliesst etwas Blut aus der Cervix. Keilförmige Excis. aus dem Stumpf. Vernähen etc. Blutung steht vollkommen. Praeparat: In der Uterushöhle etwa 4 cm grosser Foetus. Die Placenta sitzt an dem myomatösen Teil der Uteruswand.

10. VI. Normaler Verlauf, alles gut geheilt, Verbandwechsel, Pat. steht auf.

12. Keine Schmerzen. Temp. 38,0° C.

13. Pat. bleibt im Bett, fühlt sich ganz wohl, steht am 14. wieder auf, T. 36,5.

20. Exploration: Lineäre Narbe, überall fest. Ut. stumpf in der Mitte ziemlich hochstehend, nirgends Exsudat. 23. Juni Austritt.

Fall 36. Frau E. B. 37 J. alt. Uterus myomatosus, graviditas Mens. IV. Amputat. ut. supravag. Resect. der beiden Ovarien. (Eintritt 7. IV. 1913.)

Anamn.: Mutter † an Lungen- und Herzleiden. Vater und 5 Geschwister gesund. 3 Geschwister starben klein, ebenso alle Kinder der Pat., 2 an Ernährungsstörungen und eines an Croup. Pat. war nie krank; etwas blutarm. Menses mit 14½ Jahren, regelmässig alle 4 Wochen 7—8 Tage. Krämpfe in Beinen, Kreuz- und Kopfschmerzen. 1895, 1899 und 1905 normale Entbindungen. Keine Fehlgeburt. Seit der letzten Geburt

Periode stärker, mit Schmerzen, 8—10 Tage Dauer. Wegen der starken Per. von Prof. von Herff Secal corn. Praep. verordnet. Letzte Periode 3. Dezember 1912. Am 25. Jan. Venenentzündung, erst am linken, dann auch am rechten Bein. 8 W. Bettruhe. Zugleich starke Schmerzen im Kreuz und auf der rechten Seite. Pat. kann wegen Kreuzschmerzen und Oedem der Beine nicht ausser dem Bett sein.

Stat. pr.: Pat. sieht anaem. aus, ist sonst kräftig gebaut. Appetit gut, Schlaf durch Schmerzen gestört. Brüste mässig entwickelt, enthalten Colostrum. Abdomen aufgetrieben. Ut. Fund, 1 Querfinger unter Nabel. Beide unteren Extremitäten oedemat., rechts stärker als links. Urin OE Diagnose: Myoma ut. und Grav. M, IV. Wegen der Beschwerden wird Pat. am 8. IV. operiert. Amputat supravaginal p. Lap. Resection der Ovarien beiderseits. Es handelt sich um multiple intramurale Myome, meist von Taubeneigrösse. Eines über Billardkugelgross sitzt in der hinteren Wand des Corpus, so dass an ein Ausschälen nicht gedacht werden kann. Die Grösse des Ut. ist durch die Gravidität bedingt. Glatte Heilung. 15. IV. Austritt: Lineäre Laparatomienarbe. Portio frei, nirgends Exsudat.

Fall 37. Frau L. B. 40 J. alt. Myomata uteri und Graviditas M. III. Amputat. supravaginalis. (Eintritt 26. IV. 1914.)

Anamn.: Vater † Lungenleiden, eine Schwester † an Tbc. 11 Geschwister leben. Pat. wurde nach der zweiten Geburt in Bern im Spital ausgekratzt; später wegen Retroflexio ambulant behandelt. Menses früher regelmässig alle 4 W., dann unregelmässig. Letzte Per. 25. Dez. 1913.

Vor 15 und 14 J. je eine normale Geburt, Kinder leben, gesund. Seit der letzten Periode Uebelkeit, Brechen, Krämpfe im Unterleib, Kreuzschmerzen. Appetit schlecht. Etwas weisser Fluss; keine Blutung. Diurese schmerzhaft und sehr häufig.

Stat. pr.: Vulv. geschlossen, Vag. livid. Ut. gross, entsprechend dem V. Mon. der Gravid., höckerig, auf der linken Seite weich, rechts hart. Urin Spur. E. Abderhalden negativ. 31. III. 1914 Amputat. supravag. uteri. Ut. kindskopfgross. Rechte und hintere Wand von einem intramuralen Myom eingenommen. Zugleich Gravidit. Mens. III.

Normaler Heilungsverlauf. Pat. tritt am 11. IV. geheilt aus. Stumpf frei beweglich, kein Exsudat. Narbe lineär.

Fall 38. Frau W. K. 35 J. Myoma uteri und Graviditas. Amputat supravag. ut. (Eintritt 17. VI. 1914.)

Anamn.: Eltern † an Lungenentzündung, 3 Geschwister † Tbc. 1 Schwester lebt. Menses mit 14 J. regelmässig alle 3½ W. 5—6 Tage Dauer. Von Febr. an Per. unregelmässig, oft 14 oder 8 Tage, Schmerzen auf den Seiten des Bauches. Letzte Per. an Pfingsten, oft Wasserdrang, sonst keine Bes.

Stat. pr.: Im Abdomen ein Tumor, entsprechend einem gravid. Ut. vom V. Monat. Nach rechts über dem teigig weichen Tumor fühlt man härtere Massen. Oberfläche glatt. Portio links hinten. Ut. lässt sich rechts hinten verfolgen (myomatös?).

20. VI. Amput. supravag. ut. Ut. entspricht einer 5monatigen Gravidität. Beim Hervorholen mit dem Bohrer ergiesst sich eine gelbe, klare Flüssigkeit und viel Blut aus der Uteruswandung. An der hinteren Uteruswand sitzt ein gänseeigrosses Myom, etwas nach rechts. Rechte Adnexe mitentfernt. links belassen. Praeparat: Ut. myomat. und grav. mens. V. Glatte Heilung. 4. VII. 1914 Austritt. Lin. Narbe, kein Exsudat, ein Stück des Corpus ist noch vorhanden.

Fall 39. Frau N. Sch. 32 J. alt. Graviditas mens. II. Myoma ut. c. torsione. (Eintritt 13. X. 1915.) Amput. ut. supravag.

Anamn. Vor 10 J. Lungen- und Brustfellentzündung. Menses unregelm. alle 3—4 W., 2 Tage Dauer, schwach. Letzte Per. 9. Aug. 1915. Pat. hat noch nie geboren, keine Frühgeburt. Seit 2 Monaten Dickerwerden des Leibes. Seit 1 Monat beständig Erbrechen. Gewichtsabnahme. Am 9. X. plötzlich krampfartige Schmerzen im Unterleib, die 3 Tage ununterbrochen dauerten. Am 4. Tage nur anfallsweise, am 5. Tag Ruhe, keine Beschwerden. Bis heute Erbrechen. Pat. fühlt sich sonst wohl. Bei der Miction Brennen, kein Tenesmus. Seit 9 Tagen kein Stuhl, vorher alle 2—3 Tage.

Stat. pr. Pat. blass, gut ernährt. Allg. St. o. B. Im Abdomen etwa kindskopfgrosser Tumor, derb, sehr stark druckempfindlich, wenig über die Nabelhöhe reichend. Portio nach links verschoben. Ut. daneben fühlbar, anscheinend nicht vergrössert, weich. 14. X. 1915. Amput. ut. supravag. Es liegt ein über kindskopfgrosses subseröses Myom vor, davor ein ca. kleinfaustgrosser weicher gravider Ut. im 2. Monat. Das Ganze ist durch die Schwere des Myoms etwas torquiert. Glatte Heilung. 29. X. 1915 Austritt. Lineäre Narbe. Portio hinten. Cervix grösstenteils erhalten. Rechtes Ovar fühlbar, kein Exsudat.

Fall 40. Frau R. K. 40 J. Myomata uteri und Graviditas M. II. Abdom. Totalexstirpat.

Anamn. Früher Bleichsucht; vor 6 Jahren Blasenentzündung. Menses regelm. alle 4 W. 4—5 Tage mässsig stark. Vor 10 J. eine normale Geburt. Keine Aborte. Letzte P. vor 3 Monaten. Seit der Blasenentzündung spürt Pat. einen Druck im Unterleib. Vor 4 J. fand man einen kleinen Tumor. Seit 3 Monaten nimmt die Geschwulst zu. Beim Arbeiten Herzklopfen und Kurzatmigkeit, Schlaf schlecht. Appetit gut. Seit langem häufige Mictionen. Starke Opstipation.

Stat. pr. Guter Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Vagina geschlossen. Portio in den Tumor aufgelöst. Uterus in einen höckerigen harten Tumor von Mannskopfgrösse verwandelt, dem 7. Mon. der Gravidität entsprechend. 8. II. 1916 Abdominelle Totalexstirpation. Es liegt ein über kopfgrosses sehr gebuckeltes Myom vor, das mit grosser Mühe aus dem Querschnitt herausgebracht wird. Der obere Teil des Myoms ist ein faustgrosser fluktuierender Tumorhöcker und erweist sich nachher beim Durchschneiden als gravider Uterus im 3. Monat mit ca. 15 cm. langem Foetus. Rechts hat sich der Tumor intraligamentär entwickelt. Beim Lostrennen hängt der Tumor an der Vagina. 15. II. an 2 Stellen Nekrose des subcut. Fettes. 16. II. Wohlbefinden, Aufstehen. 11. III. Austritt, geheilt. Lineäre Narbe (an 2 Stellen kl. Hautnekrosen). Vaginatrichter frei, weich, nirgends Exsudat.

III. Fälle mit Geburtskomplikationen. (26 Fälle.)

a) In der Eröffnungs- und Austreibungsperiode.
b) In der Nachgeburtsperiode.

a) In der Eröffnungs- und Austreibungsperiode. (16 Fälle.)

Fall 41. Frau S. H. 46 J. alt. IV. Para. II. vollk. Fusslage. Extract. n. Müller Veit Smellie. Myoma uteri permagnum subserosum. Eintritt 23. X. 1908, Austritt 28. XI. 1908.)

Anamn. Eltern gesund, eine Schwester † Tbc. pulm. und eine an Magenkrebs. 1890 und 1893 je eine spont. Geburt. Knabe gesund. W. B. afebril.

1901 Gesichtslage spont. Knabe gesund W. B. o. B. Periode mit 16 J. regelm. alle 3½ W., 4—6 Tage Dauer. Mässig stark. Letzte 3. Jan. Zu Beginn der jetzigen Gravidität etwas Erbrechen, zeitweise Schmerzen im Bauche rechts. Aeussere Untersuchung wegen grossem Tumor sehr erschwert. Kopf vielleicht links vom Nabel gegen Spin. iliac. ant. sup. Rücken

wahrscheinlich nach hinten rechts. 5 p. m. Vulva klafft, Damm bis auf 1½ cm. vom Anus erhalten (Ruptura incompl.), äusserer Mm. für 2 Finger durchgängig. Da die Blase steht, sind die vorliegenden Extremit. schwer zu fühlen. 9^{20} Beginn der Presswehen — in der Vulva ein Fuss sichtbar, — wird heruntergeholt — Extraction — der linke Fuss folgt ohne Lösung. Entwicklung bis zur Schulter ohne Mühe. Die vordere tritt ohne weiteres vor die Symphyse, die hintere nach Müller extrahiert; der vordere Arm muss gelöst werden, da er über den Kopf geschlagen ist. 9^{30} p. m. Kopf lässt sich leicht nach Veit Smellie entwickeln, Nabelschnur ist zweimal um den Hals geschlungen; Kind zieml. asphyktisch, schreit jedoch bald auf Hautreize. 9^{40} p. m. spont. Austritt der Placenta. Kind Knabe 51 cm, 3000 gr, Plac. 600. T. p. p. 37, P. 72. Wochenbett afebril. Wehen waren gut, Blutverlust gering. 7. XI. Myotomia p. Laparatomiam. Herniotomie (Nark. Skop. Mo. Chlorof. Aether Sauerst.) Befund ante op.: Vulva klafft, vordere Scheidenwand descend. Am Eingang der Vulv. erbsengrosses Ulcus. Portio in der Führungslinie, noch tiefstehend. Uterus gross, Kante geht nach rechts hinten, daran schliesst sich ein über zweimal kindskopfgrosser Tumor. Ut. geht bei Bewegungen desselben mit, prall elast. Consistenz. Nabel taubeneigross, vorgewölbt. Auch eine Hernie, deren Eingang für 1 Finger kaum durchgängig ist.

Bei der Operation zeigt sich ein mehr als kindskopfgrosses subseröses Myom, das mit dem Fundus Ut. durch einen handgelenkdicken Stil verbunden ist. Tumor zeigt glatte Oberfläche und keine Verwachsungen, lässt sich abtragen. Auf Schnitt typisches Myom, keine Erweichungsherde. Normaler Heilungsverlauf. Pat. stillt. 26. XI. Austritt — Wohlbefinden, geheilt. Wunde p. p.

Fall 42. Frau R. W. 40 J. alt. (Eintritt 9. Okt. 1911, Austritt 21. Okt.) Myomata uteri I. HHL. spont.

Anamn.: Mutter † Ca Uteri. Periode mit 12 J. regelmässig ganz schwach. Dauer 1—2 Tage. Letzte 2. Jan. 1911.

1892 Zangenentbindung, Kind lebt.

1894 und 1898 normale Geburten, Kinder leben. Während der jetzigen Schwangerschaft häufiges Erbrechen, sehr viel Magenkrämpfe und Magenbrennen. Pat. kräftig, gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Urin OE. Beckenm. o. B. 11. X. 1.30 a. m. Wehenanfang — schwach. 3 a. m. Blasensprung, dann sistieren die Wehen vollständig, 5.30 a. m. ¼ Spritze Secacornin — bald treten gute Wehen ein. 6.30 a. m. spont. Geb. in I. HHL.

reifes Mädchen. 6.55 a. m. folgt Placenta spontan. Blutverlust gering. T. 36,5, P. 88. Wochenbett afebril.

Fall 43. Frau S. L. 28 J. alt. I. Para. (Eintritt 23. III. 1914, Austritt 27. IV.) Gemelli — Forceps. Myoma necroticans Porro. Ileus chronic. — transferiert in Bürgerspital. Wochenbett febril.

Anamn.: Mutter und 5 Geschwister gesund, Vater † Leberoperation. Als Kind Rotsucht und Scharlach. Mit 18 und 21 Jahren Gelbsucht. Periode mit 13 Jahren, gewöhnlich alle 5, selten 6 Wochen. Dauer 5 Tage. Letzte 18. Juni 1913. In der jetzigen Gravidität 2 Monate lang Brechen. In der letzten Woche Ekzem. an Extremitäten und Bauch. Struma diffusa. Links im Bauch direkt unter dem Nabel ein Tumor, der mit dem Uterus zusammenzuhängen scheint (etwa 5—10 cm misst) und Beschwerden macht (gestieltes subseröses Myom). Beckenmasse DS 29 DC 31 CE 21½, Pat. 172 cm gross, gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Urin OE.

25. III. 12 m. Wehenbeginn. 4.30 p. m. ½ Sp. Pituglandol wegen Wehenschwäche in der Austreibungsperiode.

5.45 p. m. Man stösst auf einen ersten Kopf, der in I. HHL. eingestellt ist. Hinter der Symphyse ein zweiter Kopf. Links neben dem ersten Kopf liegt eine Nabelschnur gleich weit vor, auch rechts.

Wegen zu schlechter Wehen und Erschöpfung der Kreissenden wird die Zange angelegt. Ein Kind kommt in I. HHL. Auch am zweiten Kopf Forceps angelegt kommt in I. VHL. Kinder leben, Knaben, beim zweiten Schultzesche Schwingungen nötig und Silvester. Erster 46 cm lang, 2400 gr schwer, frühreif, zweiter 49 cm lang, 3050 gr schwer. Nachgeburt 6.30 p. m. nach Credé. Heisse intrauterine Chlorspülungen. Man fühlt ein kindskopfgrosses Myom. 1,0 Secacornin, Naht eines Scheidendammrisses. 26. III. A. T. 37,4, P. 108.

27. III. M. T. 37,0, P. 110, A. T. 37,6, P. 108.
28. III. M. T. 36,5, P. 96, A. T. 37,3, P. 110.
29. III. M. T. 37,0, P. 88, A. T. 37,9, P. 116.
30. III. M. T. 36,8, P. 100, A. T. 37,8, P. 118.
31. III. M. T. 36,2, P. 104, A. T. 39,6, P. 132.

31. III. Operation nach Porro, Längsschnitt in der Medianebene. Hervorwälzen des mannskopfgrossen Uterus. Unterbindung durch Umstechungsligaturen der Plic. ovar. pelvic. dextr., da die rechtsseitigen Adnexe mit entfernt werden sollen, während die linksseitigen belassen werden. Hierauf wird in

der Höhe der Cervix der Uterus mit Gummischlauch ad max. zusammengeschnürt, inkl. linkseitige Adnexligatur. Durch den unterhalb der Ligat. gelegenen Stumpf eine solide Balance gelegt, so dass derselbe dadurch über den Bauchdecken festgehalten wird. Das Peritoneum parietale war sowohl an der hinteren als auch an der vorderen Peritonealwand des Uterus durch Catgutknöpfe fixiert worden in der Weise, dass der Stumpf bei der folgenden Amputation mittels Thermokauter vollkommen extraperitoneal zu liegen kommt. Die Blutung bei der ganzen Operation war minimal. Bis zum Stumpf werden die Bauchdecken von unten und oben verschlossen — schichtweise durch Catgut und Zwirnnähte. Haut Serres-fines. Bestreuen des Stumpfes mit Xeroform-Gaseverband.

Praeparat: Uterus myomatosus in statu post partum. Das schon bei der Geburt konstatierte Myom in Nekrose begriffen.

1. IV. M. T. 38,7, P. 112, A. T. 38,5, P. 110.
2. IV. M. T. 38,3, P. 110, A. T. 37,9, P. 100.
3. IV. M. T. 37,4, P. 96 A. T. 38,0, P. 100.
4. IV. M. T. 38,0, P. 100, A. T. 38,7, P. 112.
6. IV. M. T. 37,7, P. 98, A. T. 38,1, P. 100.

Wunde vollkommen trocken. Seite liegen.

10. IV. M. T. 36,8, P. 96, A. T. 37,6, P. 88
13. IV. M. T. 37,0, P. 88, A. T. 38,1, P. 96. Linkes Bein schmerzhaft und oedemat.
15. IV. M. T. 37,7, P. 100, A. T. 39,1, P. 120. In der V. fem. sin. Trombose.
18 IV. M. T. 38,0, P. 104, A. T. 39,3, P. 120. Magenschmerzen — Diät.
20. IV. M. T. 37,9, P. 104, A. T. 38,3, P. 110.
22. IV. M. T. 37,2, P. 104, A. T. 37,6, P. 108.

Heftige Schmerzen im Oberbauch, man fühlt deutlich einige Darmschlingen.

23. IV. M. T. 37,3, P. 100, A. T. 37,8, P. 120. Deutliche Darmsteiffung, einmal Erbrechen, Thermophor Sennatin.
24. IV. viermal Erbrechen. Flatus gehen ab.
25. IV. M. T. 37,8, P. 116, A. T. 37,9, P. 126.

Pat. klagt über anfallsweise auftretende heftige Schmerzen im Leib, gleichzeitig deutliche Darmsteiffung. Brechen. (Magenspülung NaCl.) Infusion, Consultation eines chirurgischen Assistenten: abwarten.

26. IV. M. T. 38,1, P. 120, A. T. 38,2, P. 120.
27. IV. M. T. 37,3, P. 108. Brechen faeculent, keine Flatus. Consultation von Prof. de Quervain. Sofortige Operation. Trans-

feriert ins Bürgerspital. Dort werden Adhaesionen oberer Darmschlingen untereinander gelöst.

Fall 44. Frau D. Th. 43 J. alt, IV. Para. Myoma Cervicis. II. Querlage. Wendung und Extraction, Perforation und Extraction des nachfolgenden Kopfes. (Eintritt 1. IV. 1907, Austritt 20. IV.)

Anamn.: Pat. nie krank. Periode mit 14 Jahren regelmässig; schwach, alle 4 Wochen. Blutverlust gering. Dauer 3 Tage ohne Molimina. 1899, 1901 und 1902 normale Geburten. Seit der dritten Geburt hat Pat. eine Senkung. Der Arzt sagte ihr, sie habe eine Gebärmuttergeschwulst, doch machte diese keine Beschwerden. Letzte Per. 1. Juli. Pat. hat seither immer starke Leibschmerzen, oft Uebelkeit, sie konnte das Wasser nicht immer lösen.

Stat. pr.: Pat. gracil gebaut, ordentlich ernährt. Herz: frequenter Puls, sonst o. B. Lunge: Bronchitis. Urin OE. OZ. Beckenmasse: DS 28 DC 31 CE 20. Kindslage nicht deutlich durchtastbar. Oberhalb der Symphyse ein grosser, ziemlich weicher Tumor, der anfangs für eine gefüllte Blase gehalten wird. Nach dem Katheterisieren fühlt man, dass er mit dem Uterus zusammenhängt. Herztöne sind nirgends zu hören, die Wehen sind sehr kräftig und regelmässig. Gleich hinter dem Scheideneingang stösst man auf einen Tumor von parallelast. Consistenz — scheinbar fluctuierend. Der Muttermund ist nirgends fühlbar. Einstellen mit dem Spiegel ohne Resultat. Wenn man mit der ganzen Hand in die Scheide geht, fühlt man einen soliden Tumor, der zweifellos mit dem von aussen gefühlten zusammenhängt. Der in der Scheide liegende Teil hat Nierenform und ist zweihandgross. Er liegt zwischen Blase und Vaginalwand etwas nach rechts und reicht mit seiner unteren Kuppe bis in die Nähe der Symphyse. Links hinten gelangt man mit der Hand über den Tumor empor und findet dort die Reste des Muttermundes noch als schmalen Saum. Die Blase ist gesprungen. Im Muttermund fühlt man einen kleinen Teil (rechte Hand) und daneben eine pulslose Nabelschnurschlinge. Es wird in Erwägung gezogen, ob man Kaiserschnitt mit event. Totalexstirpation des Uterus machen soll, oder ob eine Entwicklung des Kindes per vias naturales nochmals versucht werden soll. Da ein Passieren trotz der Enge des Geburtskanals noch möglich scheint, entschliesst man sich zu letzterer. Narkose, (Aether, Chlorof.). Therapogenspülung. Eingehen mit der Hand in den Uterus und Herunterziehen des zunächstliegenden rechten Fusses. Die Wendung gelingt leicht. Beim

Eingehen hat sich der Ut. stark contrahiert — lässt bald nach. Langsame Extraction — schon der Steiss macht Schwierigkeit, dann wird noch der andere Fuss herabgeholt. Es gelingt, den Steiss nach kräftigen Traktionen durch den Beckeneingang zu ziehen. Bei der weiteren Extraktion gibt es plötzlich einen Ruck — die Wirbelsäule hat nachgelassen. Entwicklung des Thorax gelingt erst, nachdem der linke und nach Drehung des Kindes auch der rechte Arm herabgeholt worden sind (letzterer unter Fractur des Humerus). Sämtliche Manipulationen wegen der hochgradigen räumlichen Missverhältnisse sehr schwer. Die Halswirbelsäule ist durchgerissen; der Kopf hoch im Uterus, nur noch durch langausgezogene Haut und Halsmuskulatur mit dem Rumpf in Verbindung. Ein Versuch, den Kopf zu perforieren, misslingt, weil er zu hoch oben ist und man mit dem Perforatorium nicht richtig an ihn herankommt. Erst wird versucht, unter kräftigem Druck von oben den Kopf unverkleinert durch das Becken zu ziehen, wobei derselbe vollständig abreisst. Ebenso misslingt ein neuer Extractionsversuch am Kiefer, da derselbe ausreisst. Nach mehreren Versuchen gelingt es endlich, das Perforatorium durch eine Orbita in die Schädelhöhle zu stossen. Indem der Kopf von oben gut fixiert wird, spült man das Gehirn aus und legt den Kranioklasten an. Dieser gleitet immer wieder ab, da er wegen des hohen Standes des Kopfes sehr schwer anzulegen ist. Schliesslich hackt man sich mit 2 Fingern in den Schädel ein und auf diese Weise gelingt es, ihn zu extrahieren. Zuvor erhielt die Frau 2 Spritzen Secacornin, und da der Puls allmählich kleiner wurde, eine Spritze Kampher. Bald folgt die teilweise schon vorher gelöste Placenta nach. Die Blutung ist gering. Gegen Schluss der Operation hat sich im linken Labium minus ein ca. faustgrosses Haematom gebildet. Intrauterine Chlorwasserspülung, 400 cm^3 NaCl-Lösung subcutan. Der Puls immer noch schwach, nicht auffallend frequent. Eine Austastung der Uterushöhle ergibt nirgends eine Verletzung. Nach dem Aufwachen aus der Narkose ist Pat. etwas unruhig und klagt über Schmerzen im Leib. 0,075 Mo. subcut. Aussehen ziemlich gut. Eisblase auf das Haematom. Wehenanfang 3. IV. 2 p. m. Blasensprung 7 p. m. Geburt 1. IV. 5 h. a. m. Austritt der Plac. auf leichten Druck 5.05 a. m. Blutverlust gross. Wehen gut. Temp. post. part. 37,1.

1. IV. Ergotin — Rel. Wohlbefinden.

4. IV. Leib aufgetrieben — Winde gehen nicht. Opstipat.: Glycerinklystier. Physostigmin. Urin konnte bis jetzt nicht spontan entleert werden.

5. IV. Quälender Husten: Codein.

6. IV. Pat. kann zum erstenmal spontan urinieren. Abends Erbrechen, keine Temperatursteigerung. 7. IV. Schmerzen in den Brüsten, nur wenig Ausfluss. 8. IV. Pat. fühlt sich wohl, darf auf die Seite liegen. 9. IV. Wieder mehr Ausfluss: Therapogenspülung. 13. IV. Fortwährend Besserung. 16. IV. Exploration durch Prof. v. Herff: Ganzes Becken durch einen sehr weichen Tumor ausgefüllt; gut mannskopfgross, 4 Finger über der Symphyse. Uteruskörper anscheinend rechts hinter dem Tumor. Muttermund l. h. o. 20. IV. Stets Wohlbefinden. Expl. stat. id. Austritt. Kind reif, Knabe, 50 cm, 2860 gr, Placenta 750 gr. Wochenfluss mässig.

Fall 45. Frau L. M. 32 J. alt. I. Para. Myoma Cervicis. I. Schädellage. Sectio caesarea Amputat. uteri supravaginalis. (Eintritt 6. I. 1917.)

Anamn.: Vater † Herzschlag, Mutter und 8 Geschwister gesund. Pat. nie krank. Periode mit 14 Jahren, anteponierend, nur 3—5 Tage. 8 Tage starke Blutung und Rückenschmerzen. Letzte 10. März 1916. In der jetzigen Gravid. viel Kreuzschmerzen.

Stat. pr. Pat. gut gebaut und ernährt. Herz und Lunge o. B. 6. I. 11 a. m. äussere Untersuchung. Im Beckeneingang liegt ein kindskopfgrosses Cervixmyom. Der kindl. Kopf ist nach links abgewichen. Der Eintritt ins Becken ist wegen des harten grossen Myoms unmöglich.

Operation: Sectio caesarea. Amputat. uteri supravaginalis. (Mischnarkose.) Querschnitt nach Pfannenstil. Eröffnung des Peritonaeums. Der Uterus ist beinahe um 90° um seine Längsachse rotiert, so dass die linken Adnexansätze nach vorne gerückt sind. Ueber dem direkt im Beckeneingang stehenden Myom wird die Uteruswandung in der Längsrichtung durchtrennt. Eingehen mit einer Hand, fassen eines Beines und Extraction des Kindes. Die Placenta wird ebenfalls entfernt. Der Uterus kontrahiert sich sehr gut. Es werden nun beidseits längs der Uteruskante die Adnexansätze Lig. rot. und lat. unterbunden und abgetrennt. In der Höhe der Cervix werden die mächtigen Art. uterinae doppelt unterbunden. Unterhalb des Myoms wird der Ut. supravag. amputiert. Keilexcision aus dem Stumpf, Naht usw.

Kind, Knabe, 52 cm lang, 37 cm Kopfm., 3470 gr schwer, leicht asphyct. (Narkose.) Schultzesche Schwingungen. Wehenanfang 6. I. 8. a. m. Geb. 12.25 p. m.

Fall 46. Frau P. S. 39 J. alt. IV. Para.

Placenta praevia lateralis. Ut. myomatosus. Sprengung der Blase. (Eintritt 3. II. 1903, Austritt 13. II.)

Anamn. 1900 Gebärmutterblutung wegen einer Geschwulst. Schon 1899 bei der letzten Geburt war Pat. von der Hebamme auf diese Geschwulst aufmerksam gemacht worden. 1900 war dieselbe nach Angabe des Arztes orangegross. 1884, 1890 und 1899 je eine normale Geburt und Wochenbett. Bis Pat. das Kind spürte, hatte sie weisslichen scharfen Ausfluss. Vor 10 Tagen kurze starke Blutung. Letzte Periode weiss Pat. nicht anzugeben.

Stat. pr.: Pat. ziemlich kräftig und gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Beckenm. o. B. Zwischen Nabel und Symphyse etwas links von L. alb. wölbt sich ein kugeliger faustgrosser Tumor vor, von weicher Consistenz (subseröses Myom). Eintritt ins Spital 3. II. 10¾ a. m. Ca. 6 h. a. m. begann anfangs geringe, dann sehr starke Blutung. Der gerufene Arzt schickte Pat. sofort ins Spital. Bei ihrer Ankunft sind die Kleider stark durchblutet. Pat. ist sehr anaemisch. Puls 104. Das Kind soll sich noch in der Nacht bewegt haben. Beim Eintritt sind keine Herztöne mehr zu hören. Aus der Vagina sickert fortwährend Blut. Muttermund 5frankenstückgross, Ränder sehr locker. Links vorn ist der Rand der Placenta, daneben der kindliche Schädel. 12 h. Wehen, ziemlich kräftig, Puls schwach, 120. Pat. fühlt sich elend, gähnt und erbricht. Blutabgang mässig, dagegen in der Scheide ziemlich viel Coagula. Muttermund wenig grösser, dagegen ein grösseres Stück Schädel fühlbar. Kopf frei beweglich über Beckeneingang. Kein Vorwasser. Blase wird mit der Kugelzange gesprengt. Reichlicher Abgang von Mekonium. Salzwasserklystier 5—600. Ol. camphor subcut. 1,0. Tieflegen des Kopfes, Einhüllen in heisse Tücher. Der Puls bessert sich ca. 100. Wehen häufig kräftiger. 2.30 p. m. Die 12.15 vorgelegte Watte ist nicht durchblutet. Wehen ca. alle 3 Minuten. Nach wenig Presswehen erfolgt die Geburt eines toten Kindes, zugleich wird eine grosse schmutzigbraune, mit Mekonium vermischte Menge Fruchtwasser entleert. Ergotin 1,0. Fundus steht nach der Geburt in Nabelhöhe. Keine Blutung. Kind 49 cm lang, 3200 gr schwer, reif. Placenta 400 gr marginat. et circumvall tritt 5.05 h. auf leichten Druck aus. Temp. 36,9, P. 92 p. part.

Wochenbett o. B. Austritt 13. II. Ut. 3 Querfinger über dem Beckeneingang. Wochenfluss gering, mit Ergotin entlassen.

b) In der Nachgeburtsperiode. (10 Fälle.)

Fall 47. Frau K. S. 38 J. alt, I. Para. Retention von Placentaresten, manuelle Ausräumung. Ut. myomatosus. (Eintritt 6. August 1903, Austritt 28. August.)

Anamn.: Pat. nie krank. Periode mit 15 J. regelmässig, stets 2 Tage anteponierend. 5—6tägig, stark; früher mit Molimina. Letzte 31. Okt. 1902. Im Anfang der Grav. Erbrechen.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, gut ernährt; Herz und Lunge o. B. In der Gegend der linken Uteruskante stark apfelgrosses gestieltes Myom. Rechte Uteruskante diffus myomatös — mehrere Knoten. Beckenm. o. B.

15. VIII. 5.30 p. m. spont. Geb. in I. Schädellage. Die Geburt verlief unter dem Einfluss sehr kräftiger und häufiger Wehen sehr rasch. Der Kopf war schon 8 Tage vor der Geburt auf dem Beckenboden. Nach Austritt des Kindes mässige Blutung, bedingt durch mangelhafte Contraktion des Uterus. Trotz Massage wurde die Blutung immer stärker. 5,45 p. m. Der Credé'sche Handgriff gelang bei dem myomatösen Uterus nur mit Mühe. Ein Placentarlappen aus der Nähe eines Infarktes blieb in utero. In Narkose wurde manuell das fehlende Stück links in der Gegend des Myoms sitzend gelöst und entfernt. Es war mässig fest adhaerent. 2,0 Ergotin, heisse intrauterine Spülung mit Lysol (39,0° R.). Naht der Dammincisionen. T. 36,8, P. 88. Kind reif, Mädchen, lebend. 3890 gr schwer, 50 cm lang. 3mal 30 Ergotin. Wochenbett afebril. 28. VIII. Austritt: Ut. ca. 4 Finger über Symphyse, mehrere Myome fühlbar. Wochenfluss noch blutig.

Fall 48. Frau D. S. 38 J. alt. III. Para. (Eintritt 13. V. 1911, Austritt 10. VI.) II. HHL. Partielle manuelle Placentarlösung. Uterus myomatosus.

Anamn.: Eine Schwester † Lungenschwindsucht. Als Kind hatte Pat. Scharlach. Sonst An. o. B. Periode mit 15 Jahren, immer regelmässig, mittelstark, 4 Tage Dauer, Krämpfe im Unterleib. Letzte Anfang Sept. 1907 und 1909 je eine normale Geburt. Kinder gesund. Während der jetzigen Gravidität Varicen und leichte Oedeme der Beine. Pat. mittelgross, kräftig, gut ernährt. Herz, Lunge, Urin o. B. 10.15 p. m. Gravida kommt mit starken Wehen in das Spital und kann nicht mehr gewaschen und untersucht werden. 10.30 p. m. spont. Geb. eines reifen Mädchens aus II. HHL. 51½ cm, 3920 gr. Kleiner Dammriss. Der Uterus ist stark myomatös. Gegen 11 h. fängt es an leicht zu bluten. Trotz 2 Spritzen Secacornin will die Blutung nicht stehen. 11.30 p. m. Man versucht, die Placenta

durch Credé zu exprimieren, was nicht gelingt. Wiederholung des Credé ¼ Stunde später, die Blutung fängt an bedrohlich zu werden. Ein Teil der Placenta kann nun ausgedrückt werden. In Narkose gelingt es auch nicht, alles herauszubekommen, deshalb muss manuell gelöst werden — nachher heisse intrauterine Spülung. Plac. 700 gr. T. p. p. 37,0, P. 88. Das Wochenbett verlief afebril. 10. IV. Austritt: Uterus 2 Querfinger unter dem Nabel, Ut. myomatosus. Wochenfluss gering.

Fall 49. Frau H. R. 32 J. alt. Myoma ut. subseros. I. HHL. spont. (Eintritt 13. I., Austritt 21. I. 1900.)

Anamn.: Als Kind Masern. Menses mit 17 J. In den ersten Jahren immer postponierend, nachher regelmässig, ziemlich stark, mit Molimina. Letzte Per. Anfang April 1899.

Wehenbeginn 13. I. 5 h. a. m. 9.30 abends werden die bisher schwachen Wehen kräftiger und folgen sich in kurzen Pausen. 14. I. 1.10 a. m. wird die Blase gesprengt — es fliesst nur wenig Fruchtwasser ab. Die Frau beginnt zu pressen. 2.50 a. m. spont. Geburt eines 3120 gr schweren, 49,5 cm langen reifen Kindes, Knabe. Placenta wird 3.35 a. m. spontan und vollständig ausgestossen, 570 gr schwer. Nachher Uterus einige Zeit atonisch. Ergotin. 21. I. abends Temp. 37,6. Pat. fühlt sich wohl, viel gelblicher Ausfluss. Keine Gonococcen. Am Fundus ein pflaumengrosses subseröses Myom. 23. I. abends Temp. 37,8, immer noch viel gelblicher Ausfluss. 31. I. Austritt.

Fall 50. Frau B. B. 39 J. alt. V. Para. (Eintritt 8. IV. 1903, Austritt 31. IV.) Myoma uteri, spontane Geburt von Drillingen in I. und II. Schädellage. Nach der Geburt Blutung.

Anamn.: Vater † Kehlkopfschwindscuht. Mutter und 5 Geschwister gesund. 8 † im Säuglingsalter. Periode mit 14 Jahren, immer regelmässig, letzte 8. Aug. 1902. Mit 16 und 17 Jahren Bleichsucht, im 18. J. Darmkatarrh. 1893 und 1895 je normale Geburt. Nach dem ersten Wochenbett «Gebärmutterverschiebung» — in Heidelberg nichtoperativ behandelt. 1896 Abort nach 10 Wochen. 1898 und 1899 je eine normale Geburt.

Zu Anfang und Ende der jetzigen Grav. viel Erbrechen, Varicen und stark geschwollene Beine, so dass Pat. in den letzten 3 Wochen nicht mehr gehen konnte. Pat. ist kräftig, gut ernährt, Herz und Lunge o. B., ebenso Beckenmasse. 8. IV. 8.45 a. m. spont. Geb. in II. Schädellage, 44 cm, 2000 gr, Mädchen. 9.25 a. m. spont. Geb. in I. Schädellage, 43 cm, 1900 gr, Mädchen. 9.50 a. m. spont. Geb. in II. Schädellage 46 cm, 2450 gr, Mädchen. Nach der Geburt Blutung. 10.15 a. m. Entfernung der Placenta durch den Credé'schen Handgriff. Nachher neue

Blutung. Ergotin 1,0. Temp. p. p. 37,7, P. 64. Ein- und zweieiige Zwillinge, 1 und 2 eineiig. Zwischen 1. und 2. communizierende Gefässe. Placent. Gew. 1530 gr 25 × 25; 3 cm dick. 3. Kind im Wärmekasten. No. 2 hat zweimal blutige Stühle, bekommt 5 cm^3 10% Gelatine in Oberschenkel. Kinder teilweise von Frau gestillt. 21. Austritt, rechts am Fundus ein gänseeigrosses gestieltes Myom. Ergotin. Wochenbett war afebril verlaufen. Ausfluss noch beträchtlich.

Fall 51. Frau B. R. 37 J. alt. II. Para. (Eintritt 12. IX. 1908, Austritt 24. IX.) II. HHL. spont. Myomata uteri, Blutung p. p.

Anm.: Vor 17 Jahren Nierenleiden. Exstirpation der rechten Niere in Zürich. 1908 Myoma uteri Probelaparat. 1906 spont. Geb. Periode mit 17 J. alle 4 W. 8 Tage Dauer, hie und da Molimina. Letzte Mitte Dez. Während der Gravidität Stechen im Unterleib, rechtes Bein geschwollen.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, ordentlich ernährt. Herz und Lunge o. B. Beckenm. norm. Urin o. B.

14. IX. 3.45 p. m. rasche spon. Geburt aus II. HHL. Kind reif, schreit. Wehen gut. 4.20 p. m. spont. Austritt der Placenta, hierauf ziemlich starke Blutung. Zweimal 1,0 Secacornin. — Blutung steht. Retentio membr. Knabe, 51,5 cm, 3100 gr. Plac. 800 gr. T. p. p. 36,4. P. 72. P. marginata, subchoiroid, Infarkt. Wochenbett afebril. 24. IX. Austritt: rechts am Fundus ein apfelgrosser Knollen, links ein kleinerer. Ut. 4 Finger über Symphyse. Wochenfluss gering, etwas blutig.

Fall 52. Frl. E. 27 J. II. Para. (Eintritt 25. IX. 1908, Austritt 5. X.) I. HHL. spont. Myoma uteri. Blutung p. p.

Anamn.: Vater, Mutter und Bruder † an Herzschlag. Pat. immer gesund. 1905 norm. Geb. Wochenbett afebril. Dammriss p. p. Kind lebt. Periode mit 16 J. regelmässig alle 4 W., stark, 5—6 Tage lang. Molimina. Letzte Per. 25. XII. 1907. In der jetzigen Gravidität geschwollene Beine.

Stat. pr.: Pat. kräftig, gut ernährt. Herz, Lunge und Urin o. B. Beckenmasse normal. Während des Bades im Spital starke Presswehen, keine Untersuchung. 25. IX. 3.15 a. m. Fruchtblase wölbt sich weit vor die Vulva — Sprengung mit Schere. Der Kopf sogleich in der Glückshaube geboren. I. HHL. (Kind reif, Mädchen, 48 cm, 2450 gr.) 3.40 a. m. tritt Placenta spontan aus. Auf dem Fundus Uteri ein walnussgrosser Tumor, daneben einige kleinere Buckel. Uterus contrahiert sich sehr schlecht, — Blutung, zweimal 1,0 Secacornin intramuskulär.

Uterusmassage, Blutung steht. T. p. p. 37,2, P. 72. Wochenbett verläuft afebril. 5. X. Austritt. Wochenfluss noch ziemlich stark.

Fall 53. Frau H. K. 38 J. alt. II. Para. (Eintritt 11. VII. 1911, Austritt 19. VIII.) I. HHL. spontan. Uterus myomatosus. Atonie. Abdominelle Exstirpation des Uterus mit Extraperit. Stielversorgung.

Anamn.: Eltern gesund, ein Bruder † Pleuritis. Als Kind Rotsucht, sonst immer gesund. Periode mit 12 J. anfangs unregelmässig, vom 18. J. an regelmässig. Dauer 6 Tage. Letzte Per. Ende Sept. 1909, norm. Geb., Mädchen, Scheidendammriss. Zu Anfang der jetzigen Grav. Erbrechen. Varicen am rechten Bein.

Stat. pr.: Pat. kräftig, gut ernährt. Herz und Lunge o. B. 11. VII. 4.50 a. m. Längslage, Kopf über dem Becken beweglich. Mm. für 1 Finger durchg. 9.05 p. m. Geb. spont. Knabe, 51½ cm, 3520 gr. 9.25 p. m. Placenta folgt spontan. Es blutet ziemlich stark. 2 cm^3 Secacornin — Blutung steht. (Plac. 700 gr.) Wehen gut — Blutverlust stark. T. p. p. 37,6, P. 112. In den nächsten Tagen Temp. morgens jeweilen um 36,5, P. um 85. Abends um 37—37,9, Puls um 100. 17. VII. T. morgens 39,0, P. 110. T. abends 39,2, P. 116. 18. VII. M. T. 39,5, P. 116.

Indikat. zur Operation: In den letzten Tagen haben Puls und Temperatur andauernd zugenommen, trotz Secacornin und Spülungen. Dazu trat jauchiger Ausfluss auf. Schmerzen in der Gegend des linken Tubenwinkels, wo während der Geburt das grösste Myom konstatiert worden war. Starke Druckempfindlichkeit. Dies alles deutet auf drohende Vereiterung der Myome hin. 18. VII. 1911 Operation: Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielversorgung. (Ut. bei der Operation gross und schlaff.) Praeparat: Ut. post part. mit reichlich Blutcoagula. Vereinzelte, 2—5 cm messende subseröse Myome. Auf multiplen Schnitten durch den Ut. einzelne trombosierte Gefässe, sonst normale Verhältnisse. Mikroskop. in der Ut. musk. mehr oder weniger zahlreich verstreute Lymphozyten, stets in kleinen Häufchen. An den meisten Stellen ist die Decidua vorhanden. Zotten sind keine sichtbar. Der Decidua liegen grosse Coagula auf, die meistens aus roten Blutkörperchen mit reichlichen Leuko- und Lymphozyten bestehen. 19. VII. Lebhafte Peristaltik, Winde, Schmerzen im Abdomen. T. abends 39,2, P. 120. Guter Heilungsverlauf. Abends T. immer etwas über 37° C. Puls um 90. 8. VIII. steht Pat. auf. T. abends 37,2, P. 74. 19. VIII. An der Wundstelle ca.

20 Cts.-Stück grosse gran. Fläche, mit geringer Sekretion. T. morgens 36,1, P. 68. Explorat: Kein Exsudat. Austritt.

Fall 54: Frau B. L. 41 J. alt. II. Para. (Eintritt 12. XI. 1911, Austritt 22. XI.) I. HHL. spont. Atonie, Myomata uteri.

Anamn.: Pat. leidet manchmal an Herzschwäche. Periode mit 18 Jahren postponierend. Schmerzen. Letzte Per. im Febr. 1908 normale Geburt (Mädchen), Blutung in der Nachgeburtsperiode.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig — gut ernährt. Herz, Lunge und Urin o. B. DS. 27,0 DC. 30,0 CE. 18,5. Am Fundus Uteri kleine Myome. 12. XI. 4.50 p. m. spont. Geb. eines reifen Knaben aus I. HHL., schreit sofort (50 cm lang, 3220 gr schwer). 5.20 p. m. tritt unter Druck die Nachgeburt aus, da sofort nach der Geburt eine starke Blutung eingesetzt hatte. Die Blutung steht nicht, deshalb werden 2 Spritzen Secacornin gegeben. Es blutet weiter, namentlich die Placentarstelle bleibt nach wie vor stark atomisch. Es wird nach Herff die Aorta comprimiert, dann wieder der Uterus massiert, schliesslich wird eine heisse Spülung gemacht, worauf sich der Uterus endlich contrahiert. Nach ca. 2 Stunden fängt es von neuem an zu bluten, die Placentarstelle ist wieder stark atomisch. Kräftige Massage des Uterus und je eine Spritze Pituitrin nach Hoffmann-La Roche und Burroughs Wellcome. Auch nach 20 Minuten noch kein Erfolg, — es sickert weiter, deshalb entschliesst man sich zu intrauteriner Tamponade, worauf endlich die gewünschten Nachwehen eintreten. Die Placentarstelle bleibt aber noch eine Stunde lang recht weich, die Blutung steht aber vollkommen. Kurz vor der Tamponade war noch ½ Spritze Secacornin injiziert worden. Wochenbett afebril. 22. Nov. Austritt. Gebärmutter nicht zu fühlen. Wochenfluss gering — blutig.

Fall 55. Frau H. M. 36 J. alt. III. Para. (Eintritt 3. XII. 1911, Austritt 16. XII.) II. HHL. spont. Dammriss p. p. Myomata uteri. Atonie.

Anamn.: Vater † Lungenleiden, ebenso 2 Geschwister. Mutter und 2 Schwestern leben. Als Kind Rotsucht, sonst war Pat. nie krank. Periode mit 15 J., eine Zeitlang aussetzend, dann regelmässig. Dauer 5 Tage. Letzte Per. Ende Februar. Zu Beginn der jetzigen Gravidität viel Erbrechen, zweite Hälfte besser. Oedeme — Myoma uteri.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, gut ernährt. Herz o. B., Urin + E., Lunge: R. Sp. Schall etwas kürzer. Fossa supraclav. mehr eingesunken als die linke. Scharfes vesiculäres Atmen. Urin E = 2,0 $^0/_{00}$. 3. XII. 10.50 a. m. Aeusserer Mutter-

mund vollständig, Blase steht stark vor. Kopf tief unter der Spinallinie. Kleine Fontanelle rechts vorne. Blasenstich. 11 a. m. spontane Geburt eines reifen Knaben in II. HHL., schreit sofort, reif, 53 cm lang, 4100 gr schwer. 11.15 a. m. Austritt der Placenta unter leichtem Druck. Da es fortwährend leicht blutet und die Insertionsstelle der Placenta sich nicht gut contrahiert, wird 1 cm^3 Secacornin gegeben und der Uterus massiert. Am Fundus uteri und an der linken Tubenecke Myome fühlbar. Die Blutung geht weiter, Pat. wird blass, sagt, es werde ihr übel. Tieflagerung des Kopfes — 1 cm^3 Pituitrin. Der Uterus contrahiert sich nicht besser. Intrauterine Spülung: In der Cervix grosse feste Coagula, welche manuell entfernt werden, hierauf Spülung. Uterus wird sehr hart — Blutung steht. T. p. p. 36,3, P. 108. Wochenbett afebril. Einige Tage kochsalzarme Diät: E-gehalt des Urins geht sofort zurück. 16. XII. Austritt. Ut. a. d. Symphyse. Wochenfluss viel und blutig.

Fall 56. Frau S. H. 33 J. II. Para. (Eintritt 28. III. 1913, Austritt 6. IV.) II. HHL. spont. Atonie Myomata uteri.

Anamn.: Als Kind Diphterie. 1909 normale Geburt. Manuelle Placentalösung. Kind, Knabe, lebt. Periode mit 19 J. regelm., letzte Mitte Juni.

Stat. pr. Pat. mittl. gross, kräftig, gut ernährt. Herz: doppelter II. Ton an der Basis und Pulmonalis, Lunge und Urin o. B. Beckenmasse normal. 28. III. 7.45 p. m. spontane Geburt aus II. Hinterhauptlage eines reifen Knaben, 52 cm., 3920 gr. schwer, schreit sofort. 8.15 p. m. spontane Ausstossung der vollständigen Placenta, 770 gr. schwer. Nachher starke Blutung einsetzend. Die hintere Uteruswand ist eingebuchtet und weich. Massage — Secacornin — Pituglandol. Nach 8 bis 10 Minuten wird der Uterus ordentlich hart. Am Fundus ist ein wallnussgrosses intramurales Myom fühlbar. Blutung steht. Das Wochenbett verläuft afebril. Am 6. IV. Austritt. Uterusstand nicht zu fühlen. Wochenfluss blutig, mässig. Pat. stillt.

Fall 57. Frau W. E. 35. J. IV. Para. (Eintritt 16. I. 1913, Austritt 5. II.) I HHL. spont. Myoma ut. Blutung p. p.

Anamn. Vater † Magenca., Mutter an Herzleiden. Periode mit 13 J. regelm. 4—5 Tage lang, stark, Krämpfe im Unterleib und in die Beine ausstrahlende Schmerzen, geringe Blutung. Letzte Per. Mitte April. Fast die ganze Schwangerschaft hindurch morgens, auch tagsüber, Erbrechen und Uebelkeit. Varicen am rechten Ober- und Unterschenkel.

Stat. pr. Pat. mittelgross, gut ernährt, Herz, Lunge o. B. Urin OE. Beckenmasse o. B. 6.15 a. m. äusserer Mm. Fünffrankenstückgross. Cervix in Entfaltung. Kopf im Beckeneingang. 7.30 a. m. spont. Geburt aus I. HHL. Mädchen, 49 cm. lang, 3020 gr., reif. 8.15 a. m. Nachgeburt, spontan. Nachher Blutung. Ut. kontrahiert sich dann bald gut. Wochenbett afebril . 18. I. Trombose d. ven. saph. parv. dextr. 25. I. Trombose d. ven. femoralis dextra. 5. II. Austritt.

IV. Fälle mit Komplikationen im Wochenbett.

Fall 58. Frau M. L. 28 J. Querlage. Aeussere Wendung, Blasenstich. Stirneinstellung mit Nabelschnurvorfall. Innere Wendung — Extraction. Uterus myomatosus. Rachitisch plattes Becken. Fieber im Wochenbett. Eintritt 8. I. 1903, Austritt 21. I.)

Anamn. Während der Schulzeit Gelenkrheumatismus. Mit 20 J. Herzerkrankung. Seit Frühjahr 1902 Senkung der Gebärmutter (Ring getragen bis im Oktober). Periode mit 16 J. 8 Tage lang und mehr, alle 6 Wochen, mit starker Blutung.

1897 norm. Geburt (Kind † gleich nach der Geburt), normales Wochenbett. 1898 Querlage: Wendung. Wochenbett normal. Kind lebt. 1900 Querlage, Kind starb nach ½ St. Wochenbett normal, grosser Blutverlust. 1901 Querlage, Extraction. Kind lebte 2 Tage, Nachgeburt manuell gelöst. Im Wochenbett Bauchfellentzündung. (6 Wochen im Bett.) Nachher Descensus uteri. Vorfall trat nie aus der Scheide. Seit ca. 3 Wochen hat Pat. oft Leibschmerzen. Letzte Periode Mitte März. Beide Beine der Pat. stark gekrümmt mit starken Krampfadern. Pat. gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Dis. Sp. 28. DC 30 CE 20. Diagn. 11¼ C. vera 9¼ Kreuzbein in der Mitte geknickt (rach., plattes Becken). Wehenanfang 9. I. 12. p. m. 9. I. 9 h. a. m. Querlage, Kopf rechts, Steiss links. Aeussere Wendung auf den Kopf gelingt leicht, weicht wieder ab. Dasselbe wiederholt, Kopf durch Binde fixiert. 10.30 a. m. Mutterm. handtellergross. Blasenstich ausgeführt. Fruchtwasser fliesst langsam ab. Links fällt eine gut pulsierende Nabelschnurschlinge vor, deren Reposition nicht gelingt. 10.50 Stirneinstellung, Kopf beweglich im Beckeneingang. Mutterm. handtellergross, leicht dehnbar. Wendung auf den linken Fuss. Wegen langsamer Pulsat. der Nabelschnur und ziemlich starker Blutung Extraction — Kopf nach Veit Smellie. Kind asphykt. Schreit nach geringen Hautreizen. Nach der Geburt des Kindes steht der Uterus etwas über Nabelhöhe — Leib immer noch in

die Quere ausgedehnt. Links und rechts im Fundus weichere Stellen fühlbar (erweichtes Myom). Nach Austritt der Placenta rechts immer noch ein Tumor fühlbar. Fundus in Nabelhöhe, Uterus gut contrahiert. Kind, Mädchen, 53 cm. lang, 3750 gr. schwer, reif. 11.05 a. m. Austritt der Placenta auf leichten Druck, 580 gr Temp. nach der Geb. 36,6, Puls 80. 10. I. heisse Spülung — Ergotin. 16. I. Temp. Abends 38,8 geht bald wieder zurück. 21. I. Austritt. T. 36,2. Uterus ist noch sehr gross. Namentlich ist der Fundus breit, doch ist kein gesonderter Tumor mehr fühlbar. Handbreit über Beckeneingang. Wochenfluss gering, mit Ergotin entlassen.

Fall 59. Frau G. M. 44 J. II. Para. Uterus myomatosus. Fieber vor und nach der Geburt. Trombophlebit. (Eintritt 1. V. 1904, Austritt 4. VI.)

Anamn. Mit 34 J. Blinddarmentzündung — seit der gleichen Zeit Wanderniere. Periode mit 23 J., immer unregelm., oft 8—9 Tage dauernd, ohne Molim. 1886 norm. Geburt. Kind lebt, nicht gestillt. Letzte Per. 4. Aug. In der II. Hälfte der Grav. lag Pat. zu Bett, da ihr jede Bewegung Schmerzen im Unterleib verursachte. Pat. leidet an Myoma uteri. Sie ist mittelgross, kräftig und gut ernährt. Herz und Lunge o. B.

1. V. 1904 Kopf im Beckeneingang noch etwas beweglich. Steiss im Fundus. Rücken rechts, kleine Teile links. Links eine ca. kindskopfgrosse Resistenz, die in den Uterus übergeht und schon vor der Schwangerschaft bestanden haben soll. Herztöne regelm. Untersuchung war sehr schmerzhaft. Becken normal. Wehenanfang 7.00 a. m. I. V. 7.25 p. m. norm. Geburt in II. Schädellage. Wehen gut. Kind, Mädchen, 42 cm lang, 2700 gr schwer, frühreif 7.40 p. m. tritt Placenta auf leichten Druck aus. Blutverlust gering. T. p. p. 37,3, P. 96. Placenta 380 gr.

2. V. Schmerzen im ganzen Abdomen. Häufiges Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung. Abd. leicht aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. Warmwassereinlauf ohne Erfolg. Diät. Warme Umschläge. Schmerzen am Abend sehr heftig. Erbrechen hält an. Glycerinklysma und Physostigmin injiz. Etwas Stuhl geht ab — etwas Erleichterung. Puls und Temperatur sind normal. 3. V. 1904 Schmerzen im Abdomen wieder stärker, Brechen hält an. Abd. nur noch leicht druckempfindlich. Windverhaltung. Auf Physostigmin sehr wenig Stuhl. 6. V. Allgemeinbefinden ordentlich. 7. V. Ol. ricini per os. Mittag 2 reichliche Stühle, die Erleichterung bringen. Abends Temp.-Steigerung 38,0° C., die das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt. 9. V. Schmerzen

in der Ven. saph. int. dextr. Druckempfindlichkeit. Keine Rötung, keine Schwellung. Alkoholkompressen. 12. V. linkes Bein geschwollen, nirgends Schmerzen. Temp. abends noch 37,4, P. 84. Am rechten Bein die Schmerzen stärker, mehrere Zweifrankenstück grosse gerötete, sehr schmerzhafte Stellen. Alkoholpriessnitz — Betthochlagerung. 13. V. Schmerzen und Rötung stärker. T. 36,6, P. 80. 19. V. Schwellung und Rötung geschwunden, noch leichte Druckempfindlichkeit. T. 36,7, P. 80. 26. V. Keine Beschwerden mehr. T. 36,5, P. 74. 4. VI. Austritt.

Fall 60. Frau M. S. 38 J. I. Para. I. HHL. spont. Myoma uteri. Wochenbett febril. (Eintritt 25. X. 1911.)

Anamn.: Mutter † Leberkrankheit, Vater an Wassersucht. Pat. und 4 Geschw. gesund. Periode mit 13 J. 5—6 Tage, stark, mit Schmerzen, alle 4 W. Letzte 6. Dez. Während der jetzigen Grav. Nasenbluten. Magenbeschwerden.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, fest gebaut und gut ernährt. Herz und Lunge o. B., ebenso Urin. Beckenm. normal. Links am Fundus uteri vorne stark nussgrosses Myom. 25. X. 10.55 a. m. spont. Geb. aus I. HHL. Kind schreit sofort. 50 cm gross, Knabe, 3150 gr schwer. 11.10 a. m. folgt Placenta spontan vollständig, 450 gr. Blutverlust mässig, Wehen gut. Im Wochenbett viermal Temp. von 37,8 und 38,0, sonst normaler Verlauf. Ergotin. 4. VI. Austritt. Wochenfluss noch reichlich, leicht blutig.

Fall 61. Frau H. L. 30 J. I. Para. II. HHL. spont. Myoma uteri. W. B. febril. (Eintritt 31. I. 1912, Austritt 10. II.)

Anamn.: Pat. hatte als Kind oft Halsweh und Nasenbluten. Vor 6 J. Influenza. Periode mit 16 J. 10 Tage lang, unregelmässig ante — und postponierend. Letzte Per. 25. April. In der jetzigen Gravidität die ganze Zeit Erbrechen. Vom 6. Monat an viel Leibschmerzen, einige Male abends Schüttelfrost. Seit 2 Tagen Husten.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, mässig gut ernährt. Herz, Lunge, Urin o B. 31. I. 3.30 p. m. Wehenanfang. Am Fundus uteri fühlt man eine kindskopfgrosse und eine wallnussgrosse Geschwulst. 9.55 p. m. spont. Geburt eines reifen Knaben aus II. HHL. reif, schreit sofort. 50 cm gross, 3000 gr schwer. 10.15 p. m. spont. Austritt der vollständigen Placenta. Wehen gut, Blutverlust gering. Plac. 800 gr. T. p. p. 36,4, P 80. ?. II. Am 4. Tage des Wochenbettes hat Pat. abends T. von 38,6, P. 104. Bis 8 h. abends steigt sie bis auf 40 °. Um Mitternacht ist Pat. aber wieder fieberfrei. Der Leib ist nicht druckempfindlich und nicht aufgetrieben. Der Tumor, ein ge-

stieltes subseröses Myom, ist sehr beweglich und nicht druckempfindlich. Pat. bis Ende des Wochenbettes fieberfrei. 10. II. Austritt: Uterus wegen des Tumors nicht nachweisbar. Wochenfluss gering. Pat. stillt.

Fall 62. Frau S. S. 31 Jahre alt. I. Para. (Eintritt 30. Okt. 1913, Austritt 10. Nov.) Kleine gestielte Myome an der vorderen Uteruswand. Eiter bei der Geburt. Wochenbett febril.

Anamn.: Pat. nie krank. Periode mit 20 J. regelmässig alle 4 W. 6—8 Tage dauernd, stark. Letzte Anfang Jan. Während der Schwangerschaft beständig Kreuzschmerzen. 28. X. 12 p. m. Wehenanfang. 30. X. 10.30 a. m. Kopf am Beckenboden. Ut. aufgetrieben. 12.10 p. m. Wehen schwach, kindliche Herztöne schlecht hörbar. Bauch stark aufgetrieben. 1 Spritze Pituglandol injiz. 1.55 p. m. spont. Geb. eines reifen lebenden Kindes aus I. HHL. Mit dem Austritt des Kopfes fliessen ca. 20 cm^3 stinkender Eiter aus der Vagina. Mit dem Austritt des kindlichen Körpers fliesst noch mehr wässeriges stinkendes Sekret ab. Der Bauch ist immer noch sehr gross. Einige kleine subseröse Myome täuschen kleine Kindsteile vor: fragl. Gemell. Nach 20 Min. spontaner Austritt der vollständigen Placenta. Durch stark geblähte Darmschlingen lässt sich der gut contrahierte Uterus durchfühlen. Auf ihm die palp. Myoma, 1 grosses und 7—8 kleine. Bauch hochtympanit. Heisse Chlorscheidenspülung, Abwaschen der Genitalien mit Chlormetakresol. Ein kleiner Scheidendammriss mit 2 Nähten. Im Eiter sind Staphylococcen und gramnegat. kurze Stäbchen. Knabe reif 53 cm, 3400 gr. Plac. 700 gr.

30. X. A. T. 38,0, P. 140.
31. X. M. T. 36,8, P. 100, A. T. 37,7, P. 104.
1. XI. M. T. 36,5, P. 88, A. T. 36,9, P. 88.
2. XI. M. T. 37,1, P. 92, A. T. 37,6, P. 96.
3. XI. M. T. 36,6, P. 88, A. T. 38,6, P. 108.
4. XI. M. T. 36,8, P. 96, A. T. 37,5, P. 106.
5. XI. M. T. 36,4, P. 92, A. T. 37,3, P. 92.

Von hier weg Temp. afebril. 16. Nov. Austritt.

Fall 63. Frau R. R. 37 J. alt. Gravidit. Abort. M. VI. Myoma necroticans. Amputat. ut. supravaginalis. (Eintritt 10. V. 1910, Austritt 9. VII.)

Anamn.: Vater † Lungenleiden, Mutter an Herzlähmung. 6 Geschwister gesund. Als Kind Masern, sonst nie krank. Menses mit 16 J. regelmässig alle 4 W. Blutung mässig 3—4 Tage, keine Beschwerden. 1907 Abort, M. III. 1908 Abort. M. IV—V. Letzte Per. 17. Nov. 1909. Am 1. Jan. 1910 begann

Pat. zu bluten — etwa 14 Tage lang. Dabei starke Schmerzen und Mühe mit dem Stuhlgang. Bis 10. Mai keine Blutung mehr. An diesem Tag (Spitaleintritt) tropfenweiser Blutabgang, dabei leichte Wehen — am Abend starke Blutung. Stuhl und Diurese o. B.

Stat. pr.: Pat. kräftig und gut ernährt. Muttermund fünffrankenstückgross, Blase steht, ragt etwa 2 cm aus dem Muttermund. Ziemlich starke Blutung. Urin OE OZ. 11. V. 10, 12.30 a. m. spont. Geburt eines 31 cm langen Foet. — Macht wenige Atembewegungen Post part. steht der Ut. 3 Querfinger über dem Nabel. Auf Druck entleert sich ziemlich viel, zum Teil geronnenes Blut. 1,0 Secacornin intramusk. Die Blutung steht nicht, Expression versucht nach Credé. Die Placenta lässt sich nur zum Teil und stark zerfetzt exprimieren. Manuelle Lösung. Dabei fühlt man an der hintern Wand des Uterus nahe dem Fundus und der linken Tubenecke ein kindskopfgrosses Myom, das als runder Höcker stark ins Cavum uteri vorspringt. Die Placentarstelle befindet sich an der hinteren Wand, etwas rechts und ziemlich weit abwärts reichend. Es ist ziemlich mühsam, die festsitzenden Reste der Placenta zu lösen. Nachher heisse intrauterine Chlorspülung. Uterus contrahiert sich gut. Blutung steht. Pat. erwacht nach 10 Min. aus der Narkose.

12. V. M. Temp. 37,9, Puls 116. Pat. ohne Beschwerden. Abends T. 37,9, P. 104. Ergotin.

18. V. Allg. Befinden gut, Pat. steht auf.

20. V. abends T. 37,5, P. 108; 21. V. Pat. bekommt starke Schmerzen im Leib. Seit 10 h vormittags Durchschnittstemperatur 38,7° Puls 118. Umschlag, ½ Spr. Mo. 22. V. Pat. hatte nachts starke Schmerzen. Abends T. 38,4, P. 109 — Sp. Mo. 23. V. Urin hell OE o. Z. Abends T. 37,9, P. 100, 1,0 Veronal. 24. V. Amputatio uteri supravaginalis mit Extraperitonaler Stielversorgung. Salpingoophorectomia sinistra. (Nark. Skop. Mo. Chlorof. Aeth. Sauerst.) Das Myom 600 gr schwer, sitzt in der hinteren Uteruswand interstitiell. Der Ut. ist kindskopfgross. Auf Schnitt quillt bei Druck aus dem Myom bräunlich eitrige Flüssigkeit — steril. Erwachen ohne Erbrechen, Pat. klagt über Leibschmerzen. Pat. erholt sich gut, normaler Heilungsverlauf. 8. VII. Pat. steht auf, Wunde gut geheilt, keine Beschwerden. 9. VII. Austritt. Trichter gut vernarbt, rechts und links 2 gran. Stellen. Portio steht hoch.

Fall 64. Frau R. R. 47 J. alt, I. Para. (Eintritt 23. II. 1912, Austritt 20. IV.) I. HHL. spont., Dammriss p. p., Nephritis

acuta. Myoma necroticans in puerperio. Amputatio ut. nach Porro. Wochenbett febril.

Anamn.: Vater † an Magenleiden. Mutter und die lebenden Geschwister gesund. 4 gest. als Kind, 1 gest. 19 J. alt an Tbc. 1 Bruder mit 28 J. an Ileus. Als Kind hatte Pat. Masern, war sonst immer gesund. Periode mit 17 Jahren 4 Tage Dauer, regelmässig alle 4 W., letzte 16. Mai. Zu Beginn der Gravidität Schmerzen im Unterleib und Erbrechen.

Stat. pr.: Pat. mittelgross, kräftig, gut ernährt. Herz und Lunge o. B. Urin E = 10 $^0/_{00}$. Cylinder und Leukocyten. Beckenmasse normal (28, 30,0 und 20,5). 25. II. 10.40 a. m. spontane Geburt eines reifen Kindes, Knabe (53 cm lang, 3920 gr schwer), aus I. HHL., das sofort schreit. Scheidendammriss genäht. 11.10 a. m. Austritt der Placenta (650 gr) auf leichten Druck. 1 Sp. Secacornin und 1 Sp. Pituglandol. Der Blutverlust war gross und die Wehen schlecht. T. p. p. 37,0, P. 90.

27. II. A. T. 37,8, P. 100. 28. II. A. T. 37,6, P. 92.

29. II. A. T. 37,5, P. 88. 1. III. A. T. 38,2, P. 104.

Schmerzen im Abdomen rechts. Rechts vorn und über dem Uterus ein Myom, ziemlich druckempfindlich. Secacornin und Spülungen. 2. III. A. T. 38,1, P. 88.

Stat. id.: Urin eiweissfrei, keine Leukozyten. 3. III. abends T. 40,0, P. 122 (morgens 37,3, P. 92). Pat. fröstelt zeitweise und fühlt sich sehr matt. Myom immer etwas druckempfindlich, Ausfluss gering, geruchlos. Parametrien nicht druckempfindlich. Lunge und Herz o. B. Man nimmt eine beginnende Nekrose der Myome an und entschliesst sich zur Operation. 4. III. T. morgens 38,3, P. 108. Amputat. ut. nach Porro. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich auf dem Uterus ein kindskopfgrosses subseröses Myom, mit dem Netz durch mehrere Stränge adhaerent. Unterbindung und Durchtrennung desselben etc. Praeparat: Uterus puerperalis mit Blutcoagula. In demselben kindskopfgrosses nekrotisches Myom.

5. III. M. T. 38,0, P. 100, A. T. 38,5, P. 100.

6. III. M. T. 38,2, P. 100, A. T. 39,5, P. 112. Die Sekretion hat durch den Verband durchgeschlagen.

7. III. M. T. 38,3, P. 108, A. T. 38,7, P. 108. Starker Eiterabgang durch die Scheide. Spülungen.

8. III. M. T. 38,5, P. 80, A. T. 38,1, P. 104.

9. III. M. T. 37,0, P. 92, A. T. 38,0, P. 108.

10. III. M. T. 37,2, P. 84, A. T. 37,5, P. 108.

11. III. M. T. 37,2, P. 88, A. T. 37,6, P. 104.

12. III. M. T. 37,0, P. 84, A. T. 37,2, P. 96.

Pat. klagt über Harndrang, besonders nachts. Urin trübe,

filtriert E = $1^0/_{00}$, ††† Leukozyten, keine Cylinder. Bekommt Wildungersalz und 3 × 0,5 Diplosal.

13. III. M. T. 37,0, P. 80, A. T. 37,7, P. 92.

14. III. M. T. 37,3, P. 96, A. T. 38,0, P. 98. E = $2^0/_{00}$ keine Cylinder und Leukozyten.

15. III. M. T. 37,5, P. 100, A. T. 37,8, P. 100.

Die Kauterisationswunde am Uterus ist p. p. geheilt. Der Porrostumpf fällt ab. Auf die Seite liegen.

16. III. M. T. 37,2, P. 84, A. T. 37,5, P. 92.

17. III. M. T. 37,1, P. 86, A. T. 38,2, P. 100.

18. III. M. T. 37,6, P. 90, A. T. 37,9, P. 100.

Joden des Wundtrichters, Balsamekzem der Bauchhaut, Verband mit Leukoplast. Urin E = $10^0/_{00}$, Leukozyten †††. granulierte Cylinder mit Celleinschlüssen.

19. III. M. T. 38,0, P. 100, A. T. 38,6, P. 108.

20. III. M. T. 38,5, P. 98, A. T. 38,0, P. 104.

Beine stark oedematös, Gesicht etwas gedunsen. Urin E = $6^0/_{00}$. Cylinder und Leukozyten. Kochsalzarme Diät.

21. III. M. T. 38,2, P. 92, A. T. 37,9, P. 88.

22. III. M. T. 37,2, P. 95, A. T. 38,2, P. 100.

23. III. M. T. 37,2, P. 80, A. T. 37,1, P. 84.

Das Ekzem wird besser. Im Urin noch $1{,}5^0/_{00}$ Albumen, viel Leukozyten und spärliche Cylinder. Die Oedeme haben stark abgenommen. Wunde granuliert gut.

24. III. M. T. 37,3, P. 80, A. T. 37,6, P. 94. Verband wieder stark eitrig, wahrscheinlich ein kleiner Abscess durchgebrochen.

27. III. M. T. 38,6, P. 104, A. T. 39,0, P. 106. Aus der Wunde fliesst viel Eiter. H_2O_2 Verband. Im Urin E = $2^0/_{00}$, keine Cylinder, aber Leukozyten.

28. III. M. T. 39,0, P. 88, A. T. 38,3, P. 104.

30. III. M. T. 37,6, P. 84, A. T. 37,8, P. 96.

Der Verband grünlich verfärbt, auftreten von Pyocyanens. Im Wundgrund ein grosser nekrotischer Pfropf, der sich teilweise entfernen lässt. Verband mit Alumin. acetic.

1. IV. M. T. 37,3, P. 88, A. T. 38,7, P. 112. Pyocyanens verschwunden, weniger Sekretion.

4. IV. M. T. 37,0, P. 88, A. T. 37,2, P. 88. Wieder Pyocyanens. Verband mit al. acetic. Im Urin nur noch Spuren E.

5. IV. M. T. 36,9, P. 88, A. T. 37,1, P. 92. Pat. bekommt wieder salzhaltige Kost.

10. IV. M. T. 36,6, P. 80, A. T. 37,6, P. 92. Pat. darf die Beine hängen lassen.

11. IV. Pat. steht auf, wird in der Folgezeit täglich gebadet. Vollständiges Wohlbefinden.

20. IV. Austritt: Wunde ganz enge Fistel. Portio steht noch sehr hoch, ist nicht zu erreichen. Kein Exsudat.

Als Anhang ein Fall mit drohendem Abort, der noch in Behandlung steht:

Fall 65. Frau Th. 34. J. alt. (Eintritt 6. I. 1917.)

Anamn.: Vater † Leberkrankheit. Mutter und 2 Geschwister gesund. Pat. hatte mit 15 J. Herzklappenentzündung, sonst immer gesund. Menses mit 14 J. regelmässig alle 4 W. 5 Tage Dauer, ziemlich stark, oft mit Molimina. Letzte Per. vor 9 W. 1906 Abort im II. Monat. Vor 3 Wochen Beginn einer Blutung, am ersten Tag stark — einige Tage lang schwächer, dann aufhörend. Heute Mittag wieder leichte Blutung, keine Beschwerden. Pat. trägt seit der Frühgeburt ein Pessar, das heute entfernt wurde. Tagsüber Urindrang, kleine Quantitäten, ebenso nachts. Stuhl regelmässig, Schlaf gestört durch Urindrang. Appetit gut.

Stat. pr.: Pat. gut gebaut, mittlerer Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Brüste kein Colostrum, gut entwickelt. Abdomen weich, etwas aufgetrieben. Gefüllte Blase geht bis zum Nabel, Scheide kurz, Portio fast auf dem Beckenboden. Collum erhalten. Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Collum geht über in einen kindskopfgrossen, besonders auf der linken Seite ausgebreiteten, zum Teil höckerigen Tumor, nicht sehr beweglich. Cystoskopie: Blase spaltförmig, komprimiert, nach oben gezogen.

Tabelle über das Alter und die Schwangerschaftsanzahl der Myompatientinnen.

																						Fälle	Durchschnittsalter
I. Gravidae	Fall	3	10	13	14	15	16	20	26	27	33	34	38	39	43	45	47	49	60	61	62	64	21	32,8 J.
	Alter	24	35	34	38	31	29	28	30	32	28	28	35	32	28	32	38	32	38	30	31	47		
II. Gravidae	Fall	2	18	21	29	30	32	35	40	51	52	53	54	56	59	65							15	35,8 J.
	Alter	28	35	39	42	27	32	41	40	37	27	38	41	33	44	34								
III. Gravidae	Fall	1	5	6	7	12	17	31	37	41	44	48	55	63									13	39,9 J.
	Alter	44	31	38	33	43	39	31	40	46	43	38	56	37										
IV. Gravidae	Fall	4	9	11	24	25	36	42	46														8	36,0 J.
	Alter	41	41	30	32	28	37	40	39															
V. Gravidae	Fall	23	28	50	58																		4	36,0 J.
	Alter	46	33	39	28																			
VI. Gravidae	Fall	57																					1	
	Alter	35																						
VII. Gravidae	keine																						0	
VIII. Gravidae	Fall	19																					1	
	Alter	36																						
IX. Gravidae	Fall	22																					1	
	Alter	42																						
X. Gravidae	Fall	8																					1	
	Alter	40																						

Tabellarische Uebersicht über die Fälle des Basler Materials von 1900—1917.

Fall	Alter	Para	Beschwerden	Therapie	Abort	Geburt	Wehen	Nachgeb. Periode	Wochenbett	Kind
1	44	III	keine	—	—	—	—	—	—	—
2	23	II	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
3	34	I	Urinbeschwerden, geringe Blutung	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
4	41	IV	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
5	31	III	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
6	38	III	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
7	33	III	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
8	40	X	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
9	41	IV	keine	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
10	35	I	Kreuzschmerzen, Krämpfe, Urinbeschwerden, Opstip.	Wärme, Bettruhe	—	—	—	—	—	—
11	30	IV	Kreuzschmerzen	—	—	—	—	—	—	—
12	43	III	Schmerzen, Müdigkeit, Herzklopfen, Urinbeschwerden, Opstip.	—	—	—	—	—	—	—
13	34†	I	Schmerzen	Priessnitz, Diät, Bettruhe	Pat. † Streptococcensepsis, Embolie d. Lungenarterien, Trombose d. Vena hypogastrica sin. Vereiterung eines Uterusmyoms					—
14	38	I	Schmerzen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt

15	31	I	Hyperemesi, Varicen,	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
16	29	I	Cystitis	—	—	spontan	l. Wehen-schwäche	o. B.	o. B.	lebt
17	39	III	Schmerzen	—	—	—	—	—	—	—
18	35	II	Schmerzen, Blutung, Magenkrämpfe	Spülung	—	—	—	—	—	—
19	36	VIII	Schmerzen, Blutung	Bettruhe	—	—	—	—	—	—
20	28	I	Erbrechen, Blutung	—	M. III-IV	—	—	Retent. Pla-, centa, Atonie	febril	—
21	39	II	Schmerzen, Wehen, Blutung	—	M. VI.	—	—	—	o. B.	—
22	42	IX	Blutung	Curettage	M. III. incompl.	—	—	—	o. B.	—
23	46	V	Schmerzen, Blutung	Curettage III M.	—	—	—	—	—	—
24	32	IV	Hydramnion, Krämpfe, Ohnmacht, Opstip.	Entleerung des Uterus	—	—	—	—	l. febril	—
25	28	IV	Schmerzen, Kopf-schmerzen, Nephritis	künst. Früh-geburt	—	künstl. Früh-geburt	gut	Atonie	febril	lebt
26	30	I	Blutung, Schmerzen	Laparat. probat.	—	—	—	—	—	—
27	32	I	Schmerzen, Opstip.	Myomaet. p. Laparat.	—	—	—	—	—	—
28	33	V	—	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
29	42	II	Abmag., Schwindel, Appetitlosigk., Urin-beschw., Blähung, Nasenbluten	Enucl. d. Myoms p. Laparat	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt

Tabellarische Uebersicht über die Fälle des Basler Materials von 1900—1917. (Fortsetzung).

Fall	Alter	Para	Beschwerden	Therapie	Abort	Geburt	Wehen	Nachgeb. Periode	Wochenbett	Kind
30	27	II	Schmerzen, Opstip., Urinbeschwerden, Trombophlebit.	Enucl. d. Myoms p. Laparat	—	spontan	nicht gut	o. B.	o. B.	lebt
31	31	III	Schmerzen, Opstip.	Enucl. d. Myoms p. Laparat.	Abort in Steisslage	—	—	—	—	—
32	32	II	Urinbeschwerden	Enucl. d. Myoms p. Laparat.	M. III-IV	—	—	Digit. Ausräumung, Atonie	febril	—
33	28	I	—	Hysterect. vag. Salping sin.	—	—	—	—	—	—
34	28	I	Schmerzen, Uebelkeit	Hysterect. supravag.	—	—	—	—	—	—
35	41	II	Krämpfe, Schmerzen, Erbrechen Urinbeschw.	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—
36	37	IV	Schmerzen, Oedem Thrombophlebit.	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—
37	40	III	Uebelkeit, Brechen, Krämpfe, Schmerzen, Appetitlosigk., Fluor	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—
38	35	I	Schmerzen, Urinbeschwerden	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—
39	32	I	Erbrechen, Gewichtsabnahme, Schmerzen, Urinbeschwerden	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—
40	40	II	Herzklopfen, Urinbeschwerden	Amputat. ut. supravag.	—	—	—	—	—	—

41	46	III	Erbrechen, Urinbeschwerden	—	—	II. Fusslage, Extract. Müller Veit Smellie	gut	o. B.	o. B.	lebt
42	40	IV	Erbrechen	—	—	spontan	Prim. W.-schwäche	o. B.	o. B.	lebt
43	28	I	Erbrechen, Ecksen	—	—	Gemelli Wehenschwäche u. Forceps Erschöpfung d. Kreissenden		Credé	febril, Myoma necrot. in puerp. Porro Op.	leben
44	43	IV	Schmerzen, Uebelkeit, Urinbeschwerden	—	—	II. Querlage, Wendung, gr. Blutverl., Extract, Perforat.	gut	Grosser Blutverlust	o. B.	tot
45	32	I	Schmerzen	—	—	Sectio caesarea amp. ut. suprav.	—	—	—	lebt
46	39	IV	Blutung b. Plac. praevia	—	—	spontan	gut	o. B.	o. B.	lebt
47	38	I	—	—	—	spontan	gut	Blutung. Credé, Retent. Plac., man. Lösung, Atonie	o. B.	lebt
48	38	III	Varicen, Oedem der Beine	—	—	spontan	gut	Blutung, Credé, manuelle Placentarlösung	o. B.	lebt
49	32	I	—	—	—	spontan	gut	l. Atonie	o. B.	lebt
50	39	V	Varicen, geschwollene Beine	—	—	spontan	gut	Blutung, Credé	o. B.	lebt
51	37	II	Schmerzen, Beinschwellung	—	—	spontan	gut	Blutung	o. B.	lebt
52	27	II	Geschwollene Beine	—	—	spontan	gut	Blutung	o. B.	lebt

Tabellarische Uebersicht über die Fälle des Basler Materials von 1900—1917. (Schluss.)

Fall	Alter	Para	Beschwerden	Therapie	Abort	Geburt	Wehen	Nachgeb. Periode	Wochenbett	Kind
53	38	II	Erbrechen, Varicen Oedem der Beine	—	—	spontan	gut	Blutung	febril, abdomin. Exstirp. d. Ut.	lebt
54	41	II	—	—	—	spontan	gut	Blutung, Credé, Massage, Pituitrin, Ut. Tamp.	afebril	lebt
55	36	III	Erbrechen, Oedem	—	—	spontan	gut	Blutung	afebril	lebt
56	33	II	—	—	—	spontan	gut	Blutung	afebril	lebt
57	35	IV	Erbrechen, Uebelkeit, Varicen	—	—	spontan	gut	Blutung	afebril	lebt
58	28	V	—	—	—	Querlage, Wendung, Extract.	gut	o. B.	l. febril	lebt
59	44	II	Schmerzen	Bettruhe	—	spontan	gut	o. B.	febril	lebt
60	38	I	Nasenbluten, Magenbeschwerden	—	—	spontan	gut	o. B.	febril	lebt
61	30	I	Erbrechen, Schmerzen, Schüttelfrost	—	—	spontan	gut	o. B.	febril	lebt
62	31	I	Schmerzen	—	—	spontan	Prim. Schwäche	o. B.	febril	lebt
63	37	III	Blutung, Schmerzen, Opstipation	—	M. VI.	—	—	Credé, Manuelle Plac., Loslösung	febril, Myomvereit. in Puerp. Amp. ut. supravag.	—
64	47	I	Schmerzen, Erbrechen, Nephrit. acuta	—	—	spontan	schlecht	Blutung	febril, Myoma necroticans, Amp. n. Porro	lebt
65	34	II	Blutung, Urinbeschw.	Bettruhe	—	—	—	—	—	—

Allgemeines.

Die Komplikation von Gravidität mit Myom entsteht dadurch, dass der bereits myomkranke Uterus schwanger wird. Bei dem häufigen Vorkommen von Myombildung ist es selbstverständlich, dass auch die Kombination mit Gravidität durchaus nichts Seltenes ist, ja sogar ziemlich häufig beobachtet wird. Viele Myome gelangen überhaupt erst bei dieser Gelegenheit zur Kenntnis. Die einen haben vorher der Trägerin keinerlei Beschwerden gemacht, weder durch ihr Volumen noch sonst, und werden nun durch die Schwangerschaft in einer dieser Richtungen beeinflusst, wie wir sehen werden; oder ihre Existenz wird nur infolge des entstehenden Raummangels bemerkbar; die andern aber, und dies ist durchaus nicht selten, werden einfach durch die Untersuchung des Arztes festgestellt, bleiben aber für die Trägerin durchaus indifferent. Es ist klar, dass die Myome als Teil der Uteruswand von den Veränderungen, die diese im Verlaufe der Gravidität erleidet, ebenfalls betroffen werden. Der Grad der Veränderung ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. In manchen Fällen ändern sich die Myome nicht, in andern sehr stark. Wir werden sehen, dass der Sitz des Myoms und seine Gefässverbindungen mit der Uteruswand von Einfluss sind (L. 4).

Am wenigsten beeinflusst werden subseröse Myome, dagegen mehr die intramuralen und submucösen. Eine bemerkenswerte Rolle scheint das Alter zu spielen. Wie man aus der folgenden Tabelle II ersieht, handelt es sich sehr oft um alte Erstgebärende mit einem Durchschnittsalter von 32,8 Jahren; von unserem Material sind dies 21 Fälle. Etwas weniger zahlreich sind schon Zweitgebärende, 15 Fälle, mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren, dann folgen die Drittgebärenden, 13 an der Zahl, mit einem Durchschnittsalter von 39,9 Jahren usw.

Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Myome.

Eine Art der Veränderung, die nicht selten beobachtet wird, ist die *Volumzunahme* (Lit. 6, 60). Es existieren in der Literatur darüber zahlreiche Angaben, die zum Teil nicht ganz zuverlässig sind, insofern sie von der Patientin selbst stammen. Auch im vorliegenden Material ist dies so.

In Fall 2 heisst es folgendermassen: «Die Geschwulst ist während der Schwangerschaft stark gewachsen.» Ausserdem ist angegeben: «Vor 2 Jahren war sie apfelgross und jetzt in der Gravidität ist sie kindskopfgross.» Fall 32: «Die Geschwulst ist in der letzten Zeit grösser geworden.» Fall 40: «Seit 3 Monaten nimmt die Geschwulst zu.» Durch zweimalige, zeitlich getrennte Untersuchung festgestellte Volumzunahme wäre zuverlässiger. Es finden sich in unsern Fällen leider keine solchen Angaben. Jedoch sind in der Literatur einwandfrei festgestellte Fälle angeführt, so dass die Volumzunahme zweifellos besteht, aber nicht immer stattfinden muss. Die Ursache der Vergrösserung kann ein dem Wachstum der Uterusmuskulatur entsprechender Vorgang im Myomgewebe sein, sie kann auch durch seröse und oedematöse Durchtränkung — durch Lymphangiektasie, oder durch Blutung innerhalb der Myomkapsel bewirkt werden. Das Wachstum kann auch nur ein scheinbares sein, indem infolge Verdünnung der Uteruswand die Geschwulst deutlicher zutage tritt.

Das Wachstum des Uterus hat meist eine *Lageveränderung* der Geschwulst zur Folge. Die Myome rücken meist aus dem Becken mehr in die Bauchhöhle empor. Dies macht begreiflich, dass auch ganz beträchtliche Tumoren für die Geburt kein Hindernis zu bilden brauchen. Besonders bei Myomen des untern Uterussegmentes findet dieser Anstieg oft auch erst am Ende der Schwangerschaft oder gar in der Geburt statt. Auf die Möglichkeit des Emporrückens haben natürlich Grösse, Lage und der Sitz am Uterus Einfluss, so dass wohl am wenigsten und am schwierigsten Cervixmyome emporrücken.

Eine Folge der Schwangerschaftsauflockerung des Stieles der Geschwulst ist deren Torsion, die eine seltene Komplikation darstellt. Hierher gehört Fall 39, wo eine teilweise Tor-

quierung im zweiten Monat der Gravidität bei einem über kindskopfgrossen subserösen Myome eintrat. Der Uterus war teilweise mitgedreht. Besonders grosse und mittelgrosse Tumoren neigen zu Torsion und eher solche mit kurzem Stiel, unerwarteterweise. (Lit. 4.)

Eine weitere Möglichkeit sind Veränderungen, die sich in der *Konsistenz der Tumoren* kundtun. (Lit. 1, 2, 3, 4, 37, 53, 54, 143, 148, 166.) Sie finden sich am meisten bei Geschwülsten, die in innigem Zusammenhang mit der Uteruswand stehen. Manchmal kann es sich um zufälliges Zusammentreffen handeln, da diese Veränderungen auch ohne Gravidität beobachtet werden.

Das *Oedem*, oder die seröse Durchtränkung geht parallel mit der entsprechenden Veränderung in der Uteruswand. Auch direkte *Haemorrhagie* oder *Lymphorrhagie* kann innerhalb der Geschwulst auftreten, was weiterhin *cystische Degeneration* verursachen kann (Fall 26).

Auch wirkliche *Nekrose* wurde beobachtet. In Fall 29 trat im zweiten Monat der Gravidität Nekrose ein. Die Ursache ist nicht klar. Ein mechanischer Anlass war nicht vorhanden. Der Allgemeinzustand wurde stark beeinflusst, was eine Intoxikationserscheinung infolge Resorption der Zerfallsprodukte war. Der üble Zustand der Patientin hatte vor der Operation sogar den Gedanken an Malignität der Geschwulst erweckt. Die Fälle sind selten und in der Literatur werden sie ursächlich nicht klargelegt. Es ist denkbar, dass infolge Volumzunahme und vermehrter Kapselspannung in der Gravidität die Blutzufuhr eine ungünstigere wird.

In der Literatur werden noch *myxomatöse Veränderungen*, *Verkalkung* und *maligne Degeneration* angeführt. Wie weit die Gravidität eine ursächliche Rolle spielt, oder es sich um zufälliges Zusammentreffen handelt, kann hier nicht entschieden werden. Im Basler Material kamen keine solchen Fälle vor.

Die *Infektion* der Myome wird in der Gravidität etwas häufiger gefunden, als ausserhalb der Schwangerschaft. Hierher gehört Fall 13. Die Infektion der Geschwulst geschah wahrscheinlich von einer kurz vorher durchgemachten Angina

aus. Ob das Myom schon vorher gallertig degeneriert war, lässt sich nicht feststellen. Die bei der Autopsie aus der Geschwulst in Reinkultur gezüchteten Streptococcen hatten zur Vereiterung derselben — Allgemeininfektion und Trombose der Vena hypogastrica — diese wieder zu einer Lungenembolie geführt. Dieser Befund ist während der Schwangerschaft sehr selten. Eher findet sich eine Infektion im Wochenbett nach Abort und Geburt. Da lässt sich aber schwer entscheiden, wieviel Anteil auch eventuelle operative Eingriffe haben, doch kommt dies Ereignis auch ohne solche vor. Geburt und Wochenbett bieten natürlich eine grössere Infektionsgelegenheit.

Die Schwangerschaft kann also, wie man ersieht, selten einmal gefährliche Veränderungen an den Myomen veranlassen.

Der Einfluss der Myome auf die Schwangerschaft.

Literatur: 1, 2, 3, 4, 14, 17, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 43, 45, 46, 54, 58, 97, 104, 116, 118, 121, 131, 143, 148, 152, 153, 164, 166, 167, 186.

Der Einfluss, den die Myome auf die Schwangerschaft ausüben, schwankt in sehr grossen Grenzen. Die Gravidität kann ganz normal verlaufen, ohne jegliche unangenehme Nebenerscheinungen — es können geringe Störungen bestehen, — sie können aber auch sehr ernst und geradezu gefährlich werden. Früher hatte man geglaubt, es müssten bei Myomatosis immer deutliche Symptome bestehen. Wie weit die unangenehmen Nebenerscheinungen auf die Myome zurückzuführen sind, lässt sich nicht immer genau bestimmen, da ja manche Gravida, ohne Myomträgerin zu sein, unter erheblichen Beschwerden leidet. Im vorliegenden Material verlief die Gravidität zwölfmal ohne jede unangenehme Nebenerscheinung unter 37 voll ausgetragenen und beobachteten Schwangerschaften, also in mehr als 33% der Fälle. Wenn man die Zahl für die Frauen insgesamt berechnen könnte, so würde sie noch erheblich grösser sein, da ja meist die subjektiven Symptome die Frauen in die Klinik treiben und viele Frauen von der Existenz ihrer Myome überhaupt keine Kenntnis haben. Es ist also sicher, dass die

Schwangerschaft bei einer sehr grossen Anzahl von Myomträgerinnen nicht anders verläuft, als bei andern Gravidae.

Als Folge von Komplikation mit Myom wurde *Lageveränderung* des Uterus beobachtet, wobei am günstigsten die *Retroflexio* oder *Retroversio* verlaufen. Die Aufrichtung geschieht oft spontan oder sie gelingt manuell. Ist dies nicht der Fall, so tritt Inkarzeration mit ihren bekannten Folgeerscheinungen ein. Hierher gehört Fall 54, wo sich der Zustand durch Schmerzen, Druck und Uebelkeit anzeigte und die manuelle Aufrichtung doch noch gelang, mit folgender Ringbehandlung. Allerdings musste der Uterus im weiteren Verlaufe der Gravidität doch noch abgetragen werden, bei einem Versuche die Myome zu entfernen. Weiter wurde *Torsion des Uterus* bei Fall 39 beobachtet. Das Ereignis wurde durch plötzliche krampfartige Schmerzen und Erbrechen manifest. Es war verursacht durch ein schweres, über kindskopfgrosses, kurzgestieltes subseröses Myom. Der Uterus war im II. Monat gravid. Es wurden auch weitere Fälle publiziert und darauf aufmerksam gemacht, dass es sich wie im vorliegenden Falle um ältere I. Gravidae in der ersten Hälfte der Schwangerschaft handle.

Auch für *Tubargravidität* (Litt. 1, 4, 63, 121, 186) wurde die Myomerkrankung des Uterus verantwortlich gemacht, besonders früher, und es sind ziemlich zahlreiche Fälle veröffentlicht. Der Mechanismus ist folgender: Das Myom komprimiert die Tubenmündung oder verengt die Tube durch Zerrung, so dass die kleineren Spermazellen das Lumen noch passieren konnten, während dies für das grössere Ei unmöglich ist. Für die meisten Fälle von Tubargravidität nimmt man jedoch salpingitische Prozesse und congenitale Anomalien an als Ursache.

Die häufigsten Beschwerden, die die Myome ihren Trägerinnen verursachen, sind die Schmerzen, die sie als Druckgefühl, bohrend, ziehend, stechend, krampf- oder kolikartig, diffus, begrenzt, ausstrahlend oder als unbestimmte Bauchschmerzen angeben. Man findet derartige Angaben in unserem Material bei 32 Fällen (Fall 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 23—25,

27, 30 bis und mit 39, 41, 45, 51, 58, 59, 61 bis und mit 64), also in fast 50 %, der Hälfte aller Fälle. Wie viel allein durch die Myome verursacht wird, lässt sich nicht feststellen. Man findet dabei alle Stärkegrade, von den geringsten Erscheinungen bis zu den heftigsten, die zu operativen Eingriffen veranlassten. Oft ist unklar, warum das Myom Schmerzen verursachen solle, oft ist dies erklärlich durch seine Grösse, Lage oder durch pathologische Veränderungen. Die Litteratur gibt viele Angaben über diese Erscheinung.

Blutung während der Gravidität wurde im ganzen in elf Fällen beobachtet (Fall 3, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 35, 46, 63, 65). Dieses Symptom wurde seiner Augenfälligkeit wegen am frühesten angegeben, seine Bedeutung hier ist sehr schwankend. In Fall 20, 22 und 63 trat in der Folge Abort ein. In Fall 23 war sie so bedrohlich, dass die Gravidität künstlich unterbrochen wurde. In Fall 46 war sie gefährlich — es lag Placenta praevia vor. In allen andern Fällen hatte sie keine grosse Bedeutung. Wann allein das Myom Ursache der Blutung war, wird man nicht entscheiden können.

In Fällen von *Placenta praevia* (Litt. 4, 121) bei Myomatosis wurde der letzteren eine aetiologische Bedeutung beigemessen, ganz bestimmt kann man dies nicht sagen, doch kann sie wohl dazu beitragen. Da Endometritis eine der anerkannten Ursachen für Placenta praevia ist und Myomerkrankung manchmal zu Endometritis disponiert, ist hier ein Zusammenhang denkbar. Fall 64 gehört hierher.

Schon lange nimmt man an, dass Uterusmyom eine der Ursachen von *Abort und Frühgeburt* sei — vielleicht weil viele Myome sich leicht nachweisen lassen und man keine andere Erklärung fand, hier hatte man etwas handgreifliches. Es wurden viele Statistiken veröffentlicht, worin die Prozentzahlen für Abort und Frühgeburt bei Myomatosis etwa von 25—5% schwanken — in den neueren niedriger als in den älteren. Unter den 42 Fällen aus dem basler Material, die bei einer Vergleichung in Frage kommen, trat viermal spontaner Abort ein (38 ausgetragene Grav. und 4 spont. Aborte). Auch hier muss

man in Betracht ziehen, dass unter diesen Fällen die pathologischen Erscheinungen häufiger sind als bei den Frauen insgesamt. In Fall 20 handelte es sich um kleine subseröse Myome und Abort im IV. Monat. In Fall 21 ebenfalls um ein subseröses, aber kindskopfgrosses Myom, Abort von Zwillingen im VI. Monat. Bei 22 fehlen genauere Angaben und Fall 63 betrifft ein 600 gr schweres, interstitielles Myom der hinteren Wand, Abort im VI. Monat. Wie weit man der Geschwulst Schuld am Abort geben darf, ist schwer zu sagen, da viele Myomkranke austragen, auch solche, welche früher abortiert hatten. Die Ursache der Aborte bei Myomatosis dürfte in der unregelmässigen Ausdehnung der Uteruswand liegen, oder auch in dem durch die Kapselspannung bedingten Reiz. Eventuell kommt auch die mangelhafte Bildung von Placenta auf der Schleimhaut, unter der ein Myom sitzt, in Betracht. In Fall 20 war der Foetus bereits intrauterin abgestorben und mazeriert. Ob das Myom beim Fruchtot eine Rolle spielte, kann man nicht sagen. In Fall 63, wo im Wochenbett der Uterus amputiert werden musste, befand sich das Myom in bräunlich eitriger Erweichung. Es ist möglich, dass diese Veränderung schon früher eingesetzt und den Abort veranlasst hatte.

Einmal kam in unserem Material *Hydramnios* (Fall 24) und mehrere Male Zwillinge und Drillinge vor. Ob das mit Myomatosis etwas zu tun hat, sei hier nicht entschieden. (S. L. 4).

Eine weitere Erscheinung ist die *Einwirkung auf den Allgemeinzustand* (Fall 1, 14, 18, 23, 29, 35, 37, 39). Man hat beobachtet Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Abmagerung, die so stark war, dass man Verdacht auf Bösartigkeit der Geschwulst hatte; das letztere war besonders bei Nekrose des Tumors der Fall. Natürlich haben am üblen Zustand auch Schmerzen und andere durch den Tumor veranlasste Unbequemlichkeiten (z. B. durch das Volumen) ihren Anteil, die die Patientin quälen und um Ruhe und Schlaf bringen.

Zahlreich sind auch die Fälle mit Harn- und Stuhlbeschwerden (Fall 3, 10, 13, 16, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 40, 44 und 63). Es kann sich handeln um be-

ständigen Urindrang, Brennen und Schmerzen bei der Miction, veranlasst durch Cystitis oder Druck des Tumors auf die Blase, was auch zu Ischuria paradoxa führen kann. Die Cystitis, die an sich mit Myom nichts zu tun hat, kann veranlasst werden durch mechan. Einwirkung des Myoms auf die Harnwege, Nephritis als Komplikation beruht wohl mehr auf zufälligem Zusammentreffen mit Myomatosis (Fall 25). Oft klagen die Patientinnen schon früh in der Schwangerschaft über Verstopfung, die mehr oder weniger stark sein kann. Auch Ileus (s. Lit. 4) wurde schon beschrieben.

Oedeme der unteren Extremitäten wurden in Fall 36, 48, 50, 51 und 52 bei eiweissfreiem Urin gesehen. Die bei unseren Fällen 17mal beobachtete Hyperemesis gravid. ist wohl nur ein einfaches Zusammentreffen mit Myomatosis.

Geburt bei Myoma uteri.

Wenn man die Publikationen über Geburt bei Myoma uteri verfolgt, so bekommt man ein Bild, wie vielgestaltig der Einfluss des Myoms auf den Verlauf der Geburt sein kann. Man erhält auch den Eindruck, dass die Resultate mit dem Fortschreiten der Technik immer glücklicher werden. (Literatur 1, 2, 4, 22, 23, 28, 43, 55, 58, 59, 62, 66, 97, 102, 103, 104, 109, 116, 118, 121, 122, 142, 150, 152, 153, 158, 164, 174, 193, 197.) Im vorliegenden Material gelangten 38 Patientinnen am normalen Ende der Gravidität zur Entbindung. (Es waren sicher mehr, aber von einigen fehlen Nachrichten über den weiteren Verlauf.) Davon zeigten gerade die Hälfte keinerlei Nebenerscheinungen. Also ohne die geringste Beeinflussung durch die Myome gebaren 50% der ausgetragenen Schwangerschaften. Diese Zahl ist erheblich grösser für alle Frauen, die Myome haben, aber keine Symptome davon, und deswegen weder zum Arzt noch in die Klinik getrieben werden. Es lässt sich auch nicht in allen vorliegenden Fällen entscheiden, ob alle Nebenerscheinungen sicher durch die Myome veranlasst wurden, oder ob sie nicht ohne dieselben zum Teil auch vorhanden gewesen wären. Spontan gebaren von den 38 Fällen 32 und bei 6

musste die Entbindung durch operative Eingriffe vollendet werden. Um ein klares Bild zu bekommen, wird man am besten den Einfluss des Myoms auf die drei den Geburtsverlauf bestimmenden Grössen betrachten: Auf Frucht, Geburtskräfte und Wege.

Abnorme Fruchtlagen wurden in unserem Material dreimal beobachtet: In Fall 41 handelt es sich um II. vollkommene Fusslage bei Myoma uteri permagnum subserosum (über zweimal kindskopfgross). Fall 44 betrifft eine II. Querlage bei einem Cervixmyom, das im Puerperium noch als gut mannskopfgross und das ganze Becken ausfüllend angegeben wird. Fall 58: Querlage bei Uterus myomatosus, ohne genauere Angaben, aber mit rachitisch plattem Becken, so dass die Querlage wohl eher eine Folge des engen Beckens war. Fall 44 würde die Angaben in der am Beginn dieses Kapitels zitierten Literatur bestätigen, dass Myome der Cervix und des unteren Uterinsegmentes vorwiegend zu Querlagen disponieren. Die Ursache der Lageanomalien scheint weniger auf einer Deformität der Uterushöhle infolge der Myome zu beruhen, als vielmehr auf einer Obstruktion durch die im kleinen Becken gelegenen Tumoren. Eine weitere Gefahr für das Leben des Kindes bildet der *Nabelschnurvorfall*, der zwar mit Myom an sich nichts zu tun hat, in unseren Fällen vielleicht aber indirekt dadurch veranlasst wurde. Er wurde dreimal beobachtet: Fall 43, 44, 58, einmal bei Gemellen und die beiden andern Male bei Querlage, wie er überhaupt bei dieser letzteren am häufigsten zu beobachten ist.

Für schlechte Wehentätigkeit kommen folgende Ursachen in Frage: 1. Kann die Ursache liegen in einer Schädigung und Unterbrechung der Muskelfasern in der Uteruswand, besonders durch intramurale Geschwülste: primäre Wehenschwäche. 2. Der Grund kann eine langdauernde Geburt bei Beeinträchtigung des Lumens der Geburtswege durch Tumoren sein: sekundäre Wehenschwäche. 3. Oft mag das Alter der gebärenden Myom-Patientinnen die Ursache sein. Störungen in der Wehentätigkeit wurden bei unsern Fällen viermal beobachtet: Fall 16, 42, 43 und 64. Bei den Fällen 16 und 64 war die

Störung nicht von grosser Bedeutung. Bei Fall 42 setzten die Wehen immerhin einige Zeit ganz aus und in Fall 43 wurde «wegen zu schlechter Wehen und Erschöpfung der Kreissenden» die Zange angelegt. Bei Fall 64 handelt es sich um eine sehr alte I. Para — sie zählte 47 Jahre. Fall 16 ist schon gegen die obere Grenze dessen, was man noch als junge I. Para bezeichnen kann — 29 Jahre; bei Fall 42 betrifft es eine 40jährige III. Para und im Falle der stärksten Wehenschwäche handelt es sich um eine 28jährige I. Para mit Gemelli. Hier mag die Ausdehnung der Uteruswand an der Wehenschwäche mit schuld gewesen sein. Auch die Schmerzhaftigkeit der Uteruscontractionen soll bei Myomatosis erhöht sein. In unseren Krankengeschichten liegen keine Angaben darüber vor.

Von weit grösserer Bedeutung für eine Geburt ist der *Einfluss der Tumoren* auf das *Lumen des Geburtskanals*. Zum Glück ist ein stärkerer Einfluss ziemlich selten. Sogar in Fällen, wo von vorneherein eine Beeinträchtigung in der Richtung befürchtet wurde, trat oft noch vor oder unter der Geburt, durch deren normale Physiologie bedingt, ein Ausweichen der Geschwulst nach oben ein, und die Wege wurden frei. Dies hängt zur Hauptsache damit zusammen, dass die Myome meist dem oberen, contractionsfähigen Teil des Uterus angehören, und einfach nach oben mitgenommen werden, sowie er beginnt, sich nach dieser Richtung über die Frucht zurückzuziehen, unter Ausdehnung der unteren Partien. Die Geschwülste, welche vom untern Teil des Uterus ausgehen, sind weit gefährlicher. Im Basler Material wurden in zwei Fällen Myome Geburtshindernis. In Fall 44 wurden die Geburtswege hochgradig obstruiert durch ein Cervixmyom, das mannskopfgross angegeben ist. Die Frucht musste verkleinert entfernt werden. In Fall 45 handelte es sich um ein kindskopfgrosses Cervixmyom, und eine Entbindung per vias naturales war überhaupt unmöglich. (Literatur 4, 23, 28, 59, 66, 102, 142, 174, 193, 197.)

In der älteren Literatur etwas mehr, in der neueren selten, werden Fälle von Uterusruptur bei Obstruction durch Myome angegeben. Oft ist die Uteruswand dabei atrophisch. Hier kam kein entsprechender Fall vor.

Auch die *Nachgeburtsperiode* wird von der Myomerkrankung mehr oder weniger beeinflusst:

Blutung wurde in (Fall 25, 47, 48 bis und mit 57, 64) 13 Fällen gesehen, mehr oder weniger stark. In Fall 47, 48, 51, 53 und 56 blutete es stark und in Fall 54 sogar sehr bedrohlich. Viermal musste deswegen die Placenta durch den Credé'schen Handgriff und zweimal die Reste manuell entfernt werden. Der Sitz der Geschwülste war subserös, intramural und submucös, bei der stärksten Blutung submucös. In der Literatur wurde schon jeder Sitz als Hauptsünder angeschuldigt, doch wird der submucöse Sitz auf die Loslösung der Placenta einen viel grösseren pathologischen Einfluss haben, als der subseröse. Wie weit aber die Neubildung allein Schuld hat, lässt sich schwer sagen, da auch Alter, Geburtenzahl u. a. eine Rolle spielen können. Sicher jedoch besitzt der myomatöse Uterus eine erhöhte Neigung zur Blutung in der Nachgeburtsperiode, weil er sich schlecht und unregelmässig contrahiert; speziell wird die Blutung dann gross sein, wenn die Placentarstelle sich auf einem Myom befindet.

Von *Retentio placentae*, wenigstens teilweiser, wird in zwei Fällen berichtet, Fall 47 und 48. Beidemal war die Placenta wegen Blutung durch den Credé'schen Handgriff entfernt worden, und es blieben Reste zurück, die manuell gelöst werden mussten. Im ersten Falle wurden sie als adhaerent bezeichnet, die Insertionsstelle war über dem Myom.

Bei der kurzen Zeitdauer, die die Entbindung auf die Myome einwirkt, kann sie natürlich nicht von grossem Einfluss auf dieselben sein. Es wird ihr aber an einsetzender Nekrose eine ursächliche Rolle zugeschrieben, infolge Compression und Verengerung der zum Myom zuführenden Gefässe. Natürlich bildet die Geburt eine besondere Infektionsgelegenheit, namentlich wenn operative Eingriffe dazu kommen. Wieviel aber dieser und dem nachfolgenden Wochenbett zukommt, ist nicht immer mit Sicherheit zu entscheiden. Diese Komplikation soll dort besprochen werden.

Die Behandlung der Schwangerschaft und Geburt bei Myoma uteri.

Die Ansicht von der Gefahr, die eine Myomerkrankung bei Gravidität bildet, hat jeweilen auch auf die Therapie einen bestimmenden Einfluss ausgeübt. Da man früher diese Komplikation für gefährlicher hielt als man es heute tut, so war die Behandlungsweise meist eine viel eingreifendere, wenigstens in Beziehung auf die Schwangerschaft. Demnach hat sich mit der etwas geänderten Anschauung über die Bedeutung auch die Therapie etwas geändert, wie wir sehen werden. (Siehe gesamte Literatur.)

Die künstliche vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft wurde hier dreimal ausgeführt In Fall 23 wegen bedrohlicher Blutung, in Fall 24 wegen Hydramnion und in Fall 25 wegen Nephritis. Die beiden letzten Fälle hatten also andere direkte Ursachen, wieweit dies indirekt damit zusammenhing, wurde nicht entschieden. Man sieht, diese Therapie wird hier nicht geschätzt, in der Einsicht, dass dadurch nur das Normale, die Schwangerschaft, beseitigt wird und das Pathologische, die Geschwulst, zurückbleibt, und dass sich dieser Zustand ja jederzeit wiederholen kann; ganz abgesehen davon, dass Abort bei myomatösem Uterus gefährlicher ist als sonst. Man wird also dieses Vorgehen meiden, wenn nicht zwingende Indikationen vorliegen, wie in diesen Fällen, und sich auf andere Weise nicht helfen lässt.

Abtragung (Exstirpatio Enucleatio) der Myome in der Gravidität.

Lit.: 4, 8, 10, 24, 30, 32, 33, 38, 39, 45, 54, 61, 95, 104, 153, 166, 186.

Dieses Verfahren wurde hier in sechs Fällen gewählt, mit verschiedenem Erfolg. In Fall 27 erfuhr man vom weiteren Verlauf der Schwangerschaft nichts, beim Spitalaustritt nach der Operation bestund sie ungestört weiter. In den Fällen 28, 29 und 30 verlief die Gravidität bis zum normalen Ende, und es kam zur spontanen Geburt, ohne jede Komplikation. In Fall 31 kam es nach der Operation zu vorzeitiger spontaner

Ausstossung der Frucht, und in Fall 32 wurde bald nach der Operation eine tote matche Frucht entleert. Auf den ersten Blick zeigt dieses Verfahren Vorteile: Das Gebärorgan bleibt erhalten und das Pathologische wird entfernt, also die Fruchtbarkeit der Frau bleibt bestehen. Allein die Nachteile überwiegen doch: Einmal kann man vor der Laparatomie nicht immer sicher sagen, ob das Verfahren anwendbar ist: weil man nicht immer beurteilen kann, ob die Insertion der Geschwulst zur Abtragung nicht zu breit ist, und ob nicht bei der Operation die Eihöhle resp. die Decidua verletzt wird. Sodann ist der Erfolg nicht immer der gewünschte, z. B. die Schmerzen sind nicht immer beseitigt, sondern bleiben manchmal weiter bestehen. Sodann tritt doch sehr gerne nach der Operation Abort ein, was in den fünf bis zu Ende der Schwangerschaft bekannten Fällen zweimal geschah — immerhin kann man wiederum nicht sagen, wie oft hier nicht ohne Operation auch Abort eingetreten wäre. Störungen bei der Geburt an während der Schwangerschaft myomenuklierten Frauen wurden hier keine beobachtet; sie kommen aber vor. So wird Riss der Uterusnarbe beschrieben (Doederlein und Krönig: Operat. Gyn. 1905). Es ist vielleicht ratsam, das Verfahren nur bei Fällen von Torsion, Nekrose und dergleichen zwingenden Indicationen zu wählen, da der gewünschte Erfolg doch nicht immer sicher ist und abwartende Behandlung meist zum Ziele führt. Anders ist es mit den submucösen polypenartigen Myomen, die in die Scheide geboren werden (Lit. 4, 55, 59, 66, 153). Da sie einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt sind, besonders noch während der Schwangerschaft, so ist ihre Abtragung jederzeit wünschenswert. In unserem Material wurde kein Fall beobachtet.

Amputatio uteri supravaginalis und Exstirpatio totalis in der Gravidität

Litt. 4, 14, 17, 24, 45, 48, 153, 154, 167, 169

wurde bei uns ausgeführt in Fall 33 bis und mit 40. Die Indikationen dazu waren: Druck in Fall 35 und 40, Schmerzen in Fall 34 bis und mit 39, Urin- und Stuhlbeschwerden in

Fall 37 bis und mit 40, Allgemeinstörungen in Fall 34, 35, 37, 39, 40, Oedem der Beine ohne Albuminurie in Fall 36. Viele Autoren sprechen sich gegen die radikale Behandlung aus, ohne Indikationen, wie Torsion, Nekrose, Vereiterung und dergleichen, da man mit abwartender Therapie, wie sich auch in diesem Material zeigt, sehr schöne Erfolge hat, ohne unter Gefahr für die Mutter das Leben des Kindes zu opfern. Dies ist auch die Richtlinie, der man im Basler Material gefolgt ist, allein die Beschwerden waren in diesen radical op. Fällen so intensive geworden, dass eben nichts übrig blieb, als die Operation. Zudem hoffte man in den meisten Fällen mit konservativer Operation auszukommen, also mit Enucleation oder Abtragung, jedoch im Laufe der Operation sah man sich zu radikalen Eingriffen genötigt. Ungünstiger Ausgang für die Mutter kam nicht vor, dank den Fortschritten der Operationstechnik und den peinlichen aseptischen Massnahmen.

Geburtshilfliche Operationen wurden hier in fünf Fällen notwendig. In Fall 41 betraf es eine II. vollkommene Fusslage, kompliziert durch zweimal kindskopfgrosses subseröses Myom rechts hinter dem Uterus. Es wurde Extraktion nach Müller-Veit Smellie ausgeführt. In Fall 44 war ein mannskopfgrosses weiches Cervixmyom vorhanden. Es handelte sich um II. Querlage, und es wurde Wendung und Extraktion, Perforation und Extraktion des nachfolgenden Kopfes ausgeführt. Fall 58 hatte mehrere Myome am Uterusfundus und rhachitisch plattes Becken. Querlage. Die Entbindung wurde ausgeführt durch: äussere Wendung auf den Kopf, Blasenstich; nun fiel eine puls. Nabelschnurschlinge vor, deren Reposition nicht gelang — die Geburt ging nicht vorwärts, darum wurde innere Wendung auf den linken Fuss und weil der Puls des Kindes langsam wurde und es ziemlich stark blutete, Extraktion angeschlossen. In Fall 43 waren Gemelli in I. HHL und I. VHL vorhanden und es wurden beide «wegen Wehenschwäche und Erschöpfung der Kreissenden» durch die Zange entbunden. Am Uterus war ein 5 : 10 cm messendes subseröses Myom (Litt. 4, 118). Fall 45: im Beckeneingang lag ein kindskopfgrosses Cervixmyom, das den kindlichen Kopf am Eintreten

verhinderte. Die Entbindung wurde durch Sectio caesarea ausgeführt, da sie per vias naturales vollständig unmöglich war. Angeschlossen wurde Amputatio uteri supravaginalis. Das Resultat war für Mutter und Kind sehr gut. Auch manuelle Verschiebung des Myoms wurde unter der Geburt von Vagina und Rectum aus versucht (Litt. 3). Die Anwendungsmöglichkeit ist beschränkt, der Erfolg klein und bei geringem Forcieren wird der Eingriff schon gefährlich. Submucöse Myome hat man schon unter der Geburt vaginal ausgeschält (Litt. 4), doch besteht erhöhte Blutungs- und Infektionsgefahr.

Wenn das Hindernis im Geburtskanal sich weder spontan noch manuell beseitigen lässt, bleibt noch die Laparatomie übrig. Auch hier noch wurde schon manuelle Reposition versucht oder Exstirpation und die Geburt der Natur überlassen. Wird aber Kaiserschnitt (Litt. 4, 28, 174, 186, 197) an die Laparatomie angeschlossen, so wird die Gefahr für die Mutter bei der heutigen Technik kaum erhöht, für das Kind aber bedeutend verkleinert. Diese Operation wird heute bei Obstruktion durch Myome allgemein glücklich angewendet. Ideal wäre es nun, im Anschluss daran einfach das Myom zu entfernen, allein Atonie mit heftiger Blutung kann die Folge sein und im Hinblick auf spätere Graviditäten mit Gefahr von Ruptur wird man sich doch zur supravaginalen Amputation oder Totalexstirpation, je nachdem entschliessen müssen. Früher wurde im Anschluss an Kaiserschnitt auch einfach schon Kastration oder Tubensterilisation ausgeführt.

Aus dem Gesagten kann man ersehen, dass bei Komplikation von Gravidität durch Myom abwartende Behandlung für Mutter und Kind die besten Resultate ergibt. (Vide auch Tab. hinten.) Besonders während der Schwangerschaft wird es gut sein, die Patientin unter Beobachtung zu haben und die Beschwerden durch Ruhe und event. interne Behandlung zu bekämpfen, wenn nicht Zeichen von Torsion, Nekrose, Myominfektion, heftige Beschwerden und dergleichen zu operativen Eingriffen zwingen. Dann wird der einzelne Fall für die Art des Eingriffes entschieden.

Die Nachgeburtsperiode erfährt heute meist abwartende und

medikamentöse Behandlung, daneben je nachdem Massage und Spühlungen, wie in andern nicht durch Myom komplizierten Fällen. In Fall 25, 47, 48 und 50 musste wegen Blutung die Placenta durch den Credé'schen Handgriff entfernt — in Fall 47 und 48 ein zurückgebliebener Rest manuell gelöst werden. In Fall 53 war trotz medikamentöser Behandlung — Spühlung und Massage — noch Uterustamponade wegen Nachblutung notwendig.

Myom und Wochenbett.

Im Wochenbett machen die Myome eine Umwandlung durch, meist entgegengesetzt derjenigen in der Schwangerschaft — sie werden kleiner. Form, Konsistenz und Lage werden ungefähr wie vor der Gravidität. Eine Angabe in dieser Richtung findet sich hier einzig in dem Fall 25, wo bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt eine kindskopfgrosse Geschwulst festgestellt wurde, die nachher beim Verlassen des Spitals noch als apfelgross angegeben wurde. In der Litteratur sind die Angaben darüber so zahlreich, dass kein Zweifel darüber bestehen kann. Besonders interessant sind die Beobachtungen, dass die Geschwülste während der Gravidität wuchsen — im Puerperium kleiner wurden, sogar verschwanden, um in einer folgenden neuen Schwangerschaft wieder zu wachsen. Dies Spiel kann sich oft wiederholen. Geschwindigkeit und Grad der Abnahme sind sehr wechselnd. Die weichen, blutreichen, telangiektatischen Myome gehen am raschesten zurück. Es ist von Einfluss, wie innige Verbindungen zwischen Uterus und Geschwulst bestehen. Gestielte subseröse Myome gehen selten und wenig zurück (L. 3), wieder etwas mehr die submucösen. Davon gibt es natürlich Ausnahmen und das Volumen kann sogar noch zunehmen, so dass das Myom in seiner Tendenz zu wachsen einfach fortfährt. Die Ursache der Abnahme ist die gleiche, wie bei der Uteruswand. Mit der Geburt des Kindes hört die reichliche Blutzufuhr auf. Dadurch wird die Ernährung der während der Schwangerschaft vergrösserten Muskelfasern unzureichend, das Protoplasma beginnt fettig zu degenerieren und das Bindegewebe schrumpft. Auch spontane

Ausstossung von Myomen wurde beobachtet, meist nach operativen geburtshilflichen Eingriffen. Selten wurde Myomtorsion im Wochenbett gesehen. Hie und da tritt Infektion der Geschwülste im Wochenbett ein und folgende Vereiterung (Fall 53 und 54), am ehesten nach Abort und geburtshilflichen Operationen, jedoch auch nach spontaner Geburt. Fall 53 war von dieser Art: Nach spontaner Geburt deuteten im Wochenbett Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Gegend eines früher festgestellten Myoms, sowie Temperatursteigerung auf Infektion hin. Dies bestätigte sich bei der Operation. In Fall 63 hatte nach Schmerzen und Blutung spontane Unterbrechung der Gravidität stattgefunden und man hatte Placentareste manuell entfernen müssen. Schmerzen und Temperatursteigerung im Wochenbett hatten die bei der Operation gefundene Vereiterung des Myoms angezeigt. Diese setzt gewöhnlich im Zentrum der Geschwulst ein. Die Gefahr der Komplikation dieser Art ist nach sorgfältiger Entbindung nicht sehr gross und Mitteilungen davon werden immer seltener.

Die erwähnte Einschränkung in der Blutzufuhr zum Myom kann Ernährungsstörungen und Veränderungen in regressivem Sinne zu Folge haben, die sich als Nekrose ohne Infektion darstellen. Zwei solche Fälle sind 43 und 64, wo die Präparate durch Operation gewonnen wurden. Dabei soll starke Azetonurie bestehen; die beiden Fälle wurden leider nicht darauf untersucht. Beide, sowohl Nekrose als Infektion, haben das gemeinsame, dass der Geburtsvorgang von Einfluss darauf ist.

Der Einfluss der Myome auf den puerperalen Uterus ist von geringerer Bedeutung als umgekehrt. Früher, als die Entbindung weniger streng aseptisch war, wurden natürlich viel mehr Fälle von Fieber und Sepsis im Wochenbett gesehen, aber auch ohne Myome. Heute sind diese Fälle eine Ausnahme, und wenn Temperaturerhöhungen auftreten, so verlaufen die Fälle dennoch fast immer gut. In unseren Fällen wurde Fieber im Wochenbett dreizehnmal gesehen, wenn man die schon besprochenen Fälle einrechnet. Zweimal war dies nach spontanem Abort (Fall 20 und 63), einmal nach künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft — die Patientin hatte aber schon vorher

Pyclitis mit Fieber (Fall 25). Einmal war es der Fall nach Abort; dieser trat auf Myomenucleation hin ein (Fall 32). Siebenmal trat nach spontaner Geburt, ohne jeglichen Eingriff (Fall 49, 53, 59, 60, 61, 62, 64) Fieber auf; ferner stellte man dies fest in Fall 58, wo eine Wendung aus Querlage ausgeführt worden war, und in Fall 43, wo «wegen Wehenschwächen und Erschöpfung der Kreissenden» die Zange angelegt worden war.

Die Mittelzahl in Prozenten für Fieber im Wochenbett, bei den Wöchnerinnen insgesamt beträgt 14,6 im Frauenspital Basel von 1900—1916. Dabei sind alle Ursachen für Temp.-Erhöhung, wie Influenza etc., inbegriffen und meist war sie nur kurzdauernd. Bei den 41 myomkranken Wöchnerinnen nach Geburt und Abort trat in fast 30 % der Fälle Fieber auf. Sie verliefen dank der vorzüglichen Behandlung ja alle sehr günstig. Wenn man aber die Zahlen 14,6% Fieber bei Wöchnerinnen insgesamt und 30% Fieber bei myomatösen Wöchnerinnen vergleicht, so sieht man, dass diese Erscheinung hier mehr als doppelt so häufig vorkommt. Als weiteren Einfluss der Myomerkrankung findet man Neigung zu Atonie und Nachblutung und Verlangsamung der Uterusinvolution in manchen Fällen. Selten wurde Inversio Uteri in Zusammenhang mit Geburt eines submucösen Myoms in die Vagina gesehen. Hier kamen keine solchen Fälle vor. Von grösster Bedeutung für einen guten Verlauf des Wochenbettes ist auch hier die strengste Asepsis bei vorangehender Untersuchung und Entbindung. Die Myome bilden hier eine Erhöhung der Gefahr, die man nicht unberücksichtigt lassen darf, und die Infektionsgefahr übertrifft an Bedeutung jede andere mögliche Komplikation. Die Therapie würde hier operativ sein — vaginal oder abdominelle Abtragung der Geschwulst, mit oder ohne Uterus, je nachdem, sonst wird man sich konservativ verhalten. Geschwülste, die im Wochenbett symptomlos bleiben, wird man unberührt lassen und in Anschluss an Geburt und Wochenbett nicht operieren, lieber event. später.

Literatur.

1. Doederlein: Handbuch d. Geburtshilfe (1916).
2. F. von Winkel: Handbuch d. Geburtshilfe.
3. Veit: Handbuch d. Gynäkologie.
4. Abraham Troell: Studien über das Uterusmyom (1910).
5. Bablet: Le sphacèle des fribromes utérines au cours de la grossesse. 1912. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. 1911 Nr. 12 p. 600.
6. Bar, P.: Fibromes et grossesse. Soum. d. Practiciens Nr. 7 p. 97.
7. Beroman: Kasuistisches zur Komplikation von Schwangersch. u. Geb. mit Myom bezw. mit entzündl. Erkrankungen der Adnexe. Prager med. Wochenschr. 1911 Nr. 26.
8. Bonamy, R.: Fibrome compliqué de grossesse. Ref. Presse méd. Nr. 56 p. 591.
9. Brickner, S. M.: Multiple Fibroidscomplicating Pregnancy. Ref. The Amerc. Soum. of Obst. Vol. 65 Whole Nr. 412 p. 645.
10. Bindeau, A.: Hystérectomie pour fibrome compliquant la grossesse. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris Nr. 9 Déc. 1911 p. 535.
11. Carmichael, S.: Case of multiple Fibroids complicating pregnancy. Edinb. med. Somn. Vol. 8 Nr. 3.
12. Cathala, V.: Volumineuse fribrome praevia césarienne suivi d'hystérectomie. Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris. Ref. la Gyn. Nr. 7 p. 414.
13. Chavannaz, G.: Sur la nécrobiose des fibromes utérines au cours de la grossesse. La Gyn. Nr. 9 Sept. p. 513.
14. Chalmogaroff, S. S.: Myom u. Schwangerschaft. Anales de l'Acad. d'obst. gin. J. péd. 1911 Nr. 44 p. 341.
15. Deane, F.: A case of rapidly growing fibroids. Lancet Vol. 183 Nr. 4655 Nov. 16 p. 1362.
16. Delassus et Bonnet-Laborderie.: Grossesse fibrome et pyonéphrose. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1. Année Nr. 8 p. 80.
17. Döderlein, Th.: J. n. M. Herzog. Schwangerschaft in einem Adenomyom. Ref. München med. Wochenschrift. Nr. 30 p. 1692.
18. Ehrendorfer, E.: Demonstration eines puerperalen Uterus mit einem Myom u. Durchbrechen eines Uteruswandabszesses in die offene Bauchhöhle. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33 p. 1275.
19. Engström: Gravidität bei Ut. myomat. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14 p. 548.
20. Fabre et Reuter: Fibrome et grossesse. Césarienne et hystérectomie subtotale à tenne. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1. Année Nr. 8 p. 89.
21. Fraipont, F.: Myomsfibrom u. Schwangerschaft. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 7.
22. Fries, H.: Schwangerschaft u. Geburtsverlauf bei Beckenechinococcus u. Ut. myomatosus. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 37 p. 1209.

23. Fukase, S.: Ein Fall von Dystocie durch ein Cervixmyom. Diss. München April 1911.
24. Gerson, D.: Ueber Uterusmyome als Indikat. zu operativen Eingriffen während Schwangerschaft u. Geb. Diss. Leipzig 1911.
25. Gonnet: Fibrome sous-placentaire; décollement et extraction artificiel du placenta enucléation digitale du fibrome. Lyon méd. Nr. 9 p. 491.
26. Gordon-Bennet, C.: Spontaneous expulsion of fibroid polypus during labour. Brit. med. Soum. Nr. 2708 Nov. 16 p. 1470.
27. Gotschalk, S.: Myomenucleation u. Schwangerschaft. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72 Heft 1 p. 502.
28. Grabich, H.: Fall eines eingekeilten Cervixmyoms unter der Geburt; Kaiserschnitt u. Totalextirpation. Dissertation München.
29. Grasset, E.: Etude clinique sur la retention placentaire dans les ut. fibromateux. Réf. Arch. mens. d'obst. et de Gyn. Nr. 7 p. 26.
30. Gutsmann, F.: Eine Myotomie des schwangeren Ut. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70 Heft 1 p. 324.
31. Halban, J.: Myomnekrose im Puerperium. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50 p. 1710.
32. Harte, G.: Beitrag zur Frage d. Myomoperation in der Schwangerschaft mit besond. Berücksichtigung etc. Diss. Berlin 1911.
33. Hartmann, K.: Myomenukleation am graviden Ut. Gyn. Rundschau Jahrg. 6 Heft 7 p. 251.
34. Hellier, J. B.: Intramurales Myom auf vaginalem Wege bei einer 25jährigen II. Para entfernt. Nerth of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Febr. 17/1911.
35. Hengott: Une forme rare d'ut. fibromateuse cause de dystocie. Annales de Gyn. et d'obst. 1911 Oct. p. 609.
36. Hussey, A.: Fibroma ut. and Pregnancy Ref. The amer. Journ. of Obst Vol. 66 Whole Nr. 416 p. 264.
37. Hun, E.: Die Myomnekrose während der Schwangerschaft. Sammlung klin. Vorträge, Abteil. Gyn. Nr. 243/244.
38. v. Klein: Ut. gravid. mens X. wegen Retroflexio part. bedingt d. subseröses Fibrom abd. exstipiert. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35 H. 4 p. 423.
39. Koblank, A.: In einer Nabelhernie inkarzeriertes Myom bei Schwangerschaft, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72 H. 2, p. 469.
40. Krüger, Franke: Myom u. Gravidität. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913 Nr. 2 p. 63.
41. Kupferberg: Riesenuterusmyom mit Retentio placentae mens. V. Ref. München med. Wochenschr. Nr. 20, p. 1132.
42. Legrand, H.: Enukleation abdominale d'un fibrome gravide, accouchement à terme. Bull. de mens. de la Soc. de Chir. de Paris 1911. Nr. 32, p. 1200.
43. Lehrieder, J.: Ueber die Komplikation von Schwangerschaft u. Myom. Diss. Würzburg 1911.
44. Lepage: Fibrome et Grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. Tome I p. 471.
45. Levy, T.: Ueber Myom u. Schwangerschaft. Diss. Bonn.

46. Löwe, O.: Stielgedrehter gravider myomat. Ut. Münchener med. Wochenschr. Nr. 6 p. 335.
47. Mc. Pherson, R.: Bericht über einen Fall von schwerer Anaemie mit jauchendem Myom; Heilung. Bull. of the Leying in Hospital. Vol. 8. Nr. 3.
48. Mohr, L.: Multiple Myome des im 5. Mon. graviden Ut. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 41 p. 1376.
49. Netter, R.: L'insertion du placenta dans les ut. fibromateux. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7 p. 23.
50. Neugebauer, V.: Demonstrat. eines myomat. gravid. Ut. durch supravag. Amput. entfernt. Preeglad chir. i. gin. Bd. 6, H 2. p. 251.
51. Nigel-Stark, J.: Fibromata of the Ut. complicating Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 2. p. 89.
52. Pancot, H.: Fibrome et grosses; hémorragie de la délivrance. Ref. arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 1 p. 197.
53. Perner, A.: Degenerative Veränderung der Myome in der Schwangerschaft. Diss. Bonn. Febr.
54. Reifferscheid, K.: Myom d. Portio in d. Gravidität. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51 p. 2436.
55. Richter, B.: Eine vag. Myomenukleation während der Geburt. Diss. Leipzig 1911.
56. De Rouville, G. et Guiranden. Myome pur de l'Uterus compliquant la grossesse. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 14me année. Nr. 9, déc. 1911, p. 537.
57. De Rouville, G. et Guiranden. Myomes rouges de l'uterus. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1re année. Nr. 2, p. 144.
58. Runge, E.: Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett kompliziert durch Genitaltumoren. Berlin klin. Wochenschr. Nr. 37 p. 1774.
59. Samson: Zur Behandlung d. Geburt bei Cervixfibromyom. Diss. Würzburg 1911.
60. Scipiades, E.: Myome u. Schwangerschaft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 419.
61. Seitz, L. J.: Myom d. Lig. rot. 2 ausgehend von d. hint. Ut. wand im 10. Monat d. Gravidit.
62. Siegel, P.: Genitaltumoren u. Schwangerschaft. Diss. Freiburg 1911.
63. Stähler, F.: Demonstrat. eines Ut. myomat. a) bei intraut. Grav. b) bei Tubengravid. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35 p. 364.
64. Stark: Fibromata of the Ut. complicating pregnancy. Journ. of Ost. and Gyn. of the Brit. Emp. Aug. p. 89.
65. Stieber: Fibrome praevia, Opération Césarienne conservatrice. Ref. arch. mens. d'obst. et de gyn. 1re année. Nr. 9 p. 128.
66. Strassmann, P.: Zwei vaginale Myomenukleationen in der Geburt. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72, H 2, p. 509.
67. Taylor, H.-C.: Fibroma ut. ant pregnancy. Ref. amer. Journ. of. Obst. Vol. 66. Nr. 416, p. 268.
68. Vallois: Fibrome du col compliquant la grossesse. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris. 14me année, Nr. 9, déc. 1911, p. 543.

69. Waldo, R: A case of Fibroid complicating Pregnancy in the fourth month. Ref. The amer. Journ. of Obst. Vol. 65 Whole. Nr. 412, p. 652.
70. Wand, G. jr.: Fibroma ut. complicating Pregnancy; Myomectomy. Ref. The amerc. Journ. of. Obst. Vol. 66 Whole 416, p. 262.
71. Joung S. V. Doren: A case of Myomectomy during pregnancy; Abortion, followed by a normal pregnancy. Ref. the amer. Journ. of Obst. Vol. 66. Whole Nr. 416 p. 265.
72. Manny: Ein Fall von brandigem Myom bei Schwangerschaft. Archive provinc. de chirurgie Nr. 7 (Hystérectom. abdom. 1907.
73. Georges Berger: Suppuration des fibromes au cours de la puerperal. Diss. Paris 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 28.
74. Th. Landau: Myom bei Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. (Unhan u. Schwarzenberg 1910.)
75. Amavas G. J.: Sterectomia totale abdominale per fibromiomi ut. complicati da gravidanza al secondo mese. Gazz. d'osp. e d. chir. Vol. 34 Nr. 144 p. 1511—1512.
76. Audebert et F. Fournier: Accouchement spontané dans quelques cas de fibrome praevia. Ref. ann. de gyn. et d'obst. U. Annec. Tome 10 p. 246—247.
77. Benthin, W.: Myom u Gravidität. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38 p. 1856.
78. Cermichael, E. W. Scott: Two tumors complicating pregnancy. Ref. Edinb. med. Journ. Vol. 11 Nr. 2. Aug. p. 152.
79. Castello S. V. Fibrome utérin et grossesse. Revista de Med. y. cir. de la Habana 1912 Tome Nr. 19.
80. Catmain, M.: Two cases of fibroids of the ut. complicating pregnancy Post graduate. Tome 28 p. 59—60.
81. Chenhall, W. T. Two cases of uterine myomanta complicating pregnancy. Australian med. gaz. Nr. 6. Aug. 9 p. 122—123.
82. Chomjakowa-Busslowa: A. P. über Komplikation der Schwangerschaft mit Ut. Myom. Festschrift von Lindemann, Kiew 1912.
83. Christiani, A.: Hysteremyse bei Myom unter der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73 H. 2 p. 390—396.
84. Clinton, J.: Inversion d. Uterus mit Myom während d. Puerperiums. Smg. Gyn. and Ost. Vol. 16 Nr. 6 Juli p. 632—645.
85. Davis, A. B.: Myomectomy at the eight week, pregnancy not intermpled normal delivery at term. Ref. the amer. Journ. of Obst. and Siz. of Childr. Vol. 68 Nr. 4 29. Sept. p. 535—538.
86. Delle Chiaje, S.: Fibromes sphacélés pendant les suites de couches. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 2. année Nr. 8 Nov. p. 663—666.
87. Doederlein, Thoard, M. Herzog. A new type of ectopie gestation pregnancy in an adenomyoma uteri. Smg. Gyn. and Obst. Vol. 16 Nr. 1 p. 14—20.
88. Faugère: Leichte Entbindung bei einer Frau mit voluminösem vorliegendem Myom. Revie pat. d'obst. et de péd. 26. année Nr. 285 p. 42—49.
89. Fenoni, E.: Cervixmyom u. Schwangerschaft. Ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg. Heft p. 389.

90. Fothergill, W. E.: Exhibition of a specimen of Caesarean hysterect. for fibroid. Ref. the Lancet Nr. 4703 Nr. 1 p. 1259.
91. Frank, R.: Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth month of pregnancy; normal labor; pychitis post part. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women an Childr. Vol. 68 Nr. 427 July p. 97—99.
92. Freund, H.: Myotomie im Wochenbett. Ref. Berl. Kl. Wochenschr. Nr. 29 p. 1318.
93. Gemmell, J. E.: Exhibition of a specimen of Fibromyoma complicating the puerperium. Ref. The Lancet Nr. 4705 Nov. 1 p. 1259.
94. Gibson, M. J.: Fibroid uterus removed after cesarean section for obstricted labour and placenta praevia. Ref. the Lancet Nr. 4712. Des. 20 p. 1171.
95. Grosse, A. et H. Pasquerau: Fibrome uterine compliqué de grossesse. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 11 Nov. p. 665, 670.
96. Hartmann, K.: Myom u. Schwangerschaft. Ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38 Erg. H. p. 349.
97. Hauser, H.: Myom u. Schwangerschaft; klin. therap. Wochenschr. Nr. 11 p. 317—323.
98. Hendon, G. A.: Uterine fibromyoma in pregnancy, casuistic. Amer. Jour. of smg. Nr. 11 p. 429—430.
99. Van der Hoeven, P. C. T.: Myom-Operaties in de Zwangerschap. Nederl. Maandschr. v. Verlosk en Vrowenzichten 2. Jahrg. Nr. 5. p. 285—289.
100. Jones, W. C.: Inversion of the ut.; with export of case occurring during the puerperium and caused by a fibroid Smg. Gyn. and Obst. Vol. 16 Nr. 6. p. 632.
101. Jordan, T. J.: Myoma complicating pregnancy. Ref. the Lancet Nr. 4673 March. 22 p. 829.
102. Jung Ph.: Cervixmyom in der Schwangerschaft. Ref. deutsche med. Wochenschr. Nr. 31 p. 1531.
103. Kowner, E.: Ueber die Beziehungen zwischen Ut. tumoren u. Schwangerschaft. Diss. Bern.
104. Krupsky: Ein Fall von conservativ. Myomectomie und Schwangerschaft im 8. Monat. Gaz. Nr. 51.
105. Kubinyi, P. v.: Operat. d. fixierten Retroflex. eines schwangeren Ut. Myomenukleation. Später norm. Geb. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28 p. 1040.
106. Lepage, G. et Vandescae. Hystérect. pour fibrome durant le postpartum. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 2. année Nr. 25 p. 435—43.
107. Lewin: Die Bedeutung der Myome während d. Schwangerschaft u. der Geburt. Diss. Berlin.
108. Lynch, F. W.: Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women Vol. 68 Nr. 429 p. 427—450.
109. Marchal, E.: Ein Fall von Ut. bic. mic. myomat. gravid. Diss. Strassburg.
110. Martin, C. Exhibition of an ut. with both appendages removed on account of bilateral tubal gestation and small multiple uterine fibroids, Ref. the Lancet 1914 Nr. 417 Jan. 3. p. 30.

111. Mc. Hroy, A. L.: A case of myomata complicata by pregnancy. Ref. the Brit. med. Journ. Nr. 2716 Dec. 20. p. 1584.
112. E. Meriel: Polyp utérin cavitaire et avortement. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris 2. année Nr. 4 avril p. 415—16.
113. H. Neubner: Ueber Wochenbettstörungen durch Ut. Myom. Diss. Heidelberg.
114. Perdoux: Myomect. dans une grossesse de 5 mois pour fibrome enclavé. Arch. province de clin. Tome 22. Nr. 7 p. 409 à 412.
115. Pteria, L.: Deux observations de fibrome volumineux du segment inférieur, compliquant la grossesse, avec ascension de la Tumeur au cours du travail. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 5 p. 328, 332.
116. K. Reifferscheid: Myom u. Gravidität. Ref. Monatschr. Geb. u. Gyn. Bd. 38 Erg. H. p. 349.
117. Ruge, C.: Myom u. Schwangerschaft. Ref. Centralbl. f. Gyn. Nr. 36 p. 1332.
118. v. Schenk, A.: Myom u. Schwangerschaft. Petersburg. med. Zeitschr. Nr. 12.
119. Schütze, A.: Myom u. Gravidität. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914 Nr. 38 p. 856.
120. Semon, M.: Myom u. Gravidität b. Retroflexio Ut. Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1914 Nr. 17 p. 885.
121. Scipiades: Myom u. Schwangerschaft. 2. Frauenkl. Budapest Bd. 2 H. 2 p. 201—575. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45 p. 1856.
122. Scipiades: Geburt u. Wochenbett b. myomat. ut. Ref. Centralbl. f. Gyn. Nr. 28 u. 33 p. 1033 u. 1247.
123. Smith, W.: Multiple Fibromyomata complicating a two and a half month gestation. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2730 April 26 p. 885.
124. Souttar, H.-S.: A case of calvified fibrome of the ovary obstructing labour. Ref. the Lancet Nr. 4691 July 26 p. 221.
125. Tereschenkow: Ein Fall von Totalexstirp. b. multiplem Fibromyom in der Schwangerschaft. Journ. akusch. i. shenk. bol. Bd. 28, 8. April.
126. Trethowan, W.: Uterine fibroids and pregnancy. Australian med. Gaz. Nr. 6, Aug. 9. p. 119—121.
127. Unger, A. L.: Ein Fall von konservativer Myomectom. an einem graviden Ut. Journ. akusch. i. shenk. bol. Jahrg. 28, H. 11 p. 1638.
128. Vallois, H.: Dystocie par fibrome praevia; opération césarienne et hystérectom. totale. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2me année, Nr. 4, avril, p. 370, 374.
129. v. d. Velde, Th. V.: Ueber Komplikation von Myom und Schwangerschaft. Nederl. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII 3 p. 239—244.
130. v. d. Velde, Th. H.: Myom Retroflexio en Zwangerschap. Nederl. Maandschr. v. Verlosk en Vrawenziehten Bd. 2 Nr. 5 p. 290—295.
131. Vramey, C.: Myomectomie sur utér. gravide; guérison; continuation de la grossesse. Ref. la Gynéc. Nr. 3. Mars, p. 165.
132. Violet, H.: Fibrome et grossesse. Ref. La Gynéc. Nr. 3, Mars p. 170.

133. Varon et Vomat.: Fibrome utérine et grossesse. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 2me année, Nr. 3, mars, p. 225—228.
134. Willey: A case of hydrocephalus complicated by eclampsia, fibroids and a contraction ring. Ref. Procedings of the Royal Soc. of Med. Ja. p. 86.
135. van Assen, S.: Een geval van steeldrainz vaneen myom tijdens de Zwangerschap. Nederl. Tijdschr. v. Genesk. I. Halfte Nr. 24 S. 2284.
136. Balard, P.: Grossesse compliquée d'hydramnios dans un utérus fibromateux. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris Nr. 5 S. 441—445.
137. Bar, P.: Fibromes et grossesse. Journ. de sages-femmes, Nr. 3 S. 17—19, Nr. 4 S. 25, Nr. 5 S. 33—35.
138. Becking, A. G. Th.: Myomnekrose während d. Schwangerschaft. Ned. Maandschr. v. verlosk. vrauwenz. en kindergeneste H. 1 S. 18—38, H. 2 S. 75—83.
139. Bender, H.: Fibrome utérine à pédicule tordu compliquant une grossesse de 3 mois. Ref. Revue mens. de gyn. et obst. Nr. 6. S. 392.
140. Brovec, J. W.: Mummified, advanced abdominal pregnancy complicated by uterine fibromata. Ref. The amer. Journ. of obst and Dis. of woman an children. Bd. 69 Nr. 435 S. 506.
141. Delle Chiaje, S.: Fibromi cadutti in sface le durante il puerperio. Arch. ital. di ginec. 1913. Nr. 12, S. 283—286.
142. Fabel, W.-R.: Labour obstructed by fibroid. Ref. the Brit. med. Journ. Nr. 2817, S. 1101.
143. Feldmann: Die Nekrose d. Myome in Schwangerschaft und Wochenbett. Diss. Berlin.
144. Fischer: Portiomyom als Geburtshindernis. Diss. Jena.
145. Gemmell, S.-E.: Fibroidscomplicating pregnancy. Ref. the Brit. med. Journ. Nr. 2817, S. 1101.
146. Goinard E. et Laffon: Myomect. au 3me mois de la grossesse. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5, S. 415—417.
147. Griffith, W.-S.-A.: A case of uterorectal adenomyoma with extensive decidual metaplasia complicating pregnancy. Ref. the Lancet Nr. 4742, 18. Juli, S. 159.
148. Gross, E.: Myomnekrose in d. Schwangerschaft. Ref. Berlin klin. Wochenschr. N. 22 S. 1060.
149. Grosse, A.: Grossesse compliquée de fibromes pyst Erectom. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 5, S. 315, 317.
150. Henenschneider, K.: Ueber die Komplikationen der Schwangerschaft d. Myome u. Ovarialtumoren. Diss. Strassburg.
151. Jeannin, C.: Maniepuerperale et fibrome infécté chez une accouchée hysterect. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de accouchée sterect. Ref. Bull. de la Sav. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2, S. 84—85.
152. Jung, Ph.: Myom u. Schwangerschaft. Ref. Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 24, S. 1146.
153. Kleinschmidt: Ueber die Komplikat. von Schwangerschaft u. Myom. Diss. Würzburg.
154. Koblank, A.: Myomat. gravider Ut. nach Röntgenbestrahlung. Ref. Berlin. Klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1, S. 21.

155. Kosmak, G.-W. : Cesarean section followed by hysterectom for lower segment. Ref. med. Record Bd. 85. Nr. 13.
156. Koussmine, B. : Ueber Tumoren als Geb.hindernis. Med. Obosren. 1913. Nr. 4.
157. Küttner, O. J. : Kaiserschnitt wegen Ut. myom. mit totaler Entfernung d. Uterus. Ref. la Gyn. H. I. S. 56.
158. Landau, L. : Demonstr. eines Ut. myomat. gravid. mens. III. Ref. Münchener med. Wochenschr. Nr. 28, S. 1589.
159. Lehmann, H. : Demonstr. eines op. entf. gravid. Ut. mit Myomen. Ref. Münchner med. Wochenschr. Nr. 14, S. 490.
160. Lockyer, C.: Multiple fibroids removed during the sixth month of pregnancy. Ref. Proced of the Royal Soc. of Med. Nr. 621—625.
161. Matvéieff, G. : Zwei Fälle von Kaiserschnitt wegen Myom. Ref. La Gyn. H. I. S. 59—60.
162. Petersen, E.-W.: A case of degenerated ut. fibroids with pregnancy, simulating ectopic pregnancy. Post graduate Bd. 29 Nr. 6, S. 417—479.
163. Puslow, C.-E.: Ut. with multiple fibroids and placent, praevia removed by hysterectomie. Ref. the Lancet Nr. 4735. 30. Mai, S. 1536.
164. Roesch, H. : Beitrag zur Komplikat. von Myom u. Schwangerschaft. Diss. Göttingen.
165. van Rooy, A. H. M. J.: Myom en zwangerschap. Nederl. Maandschr. v. verlosk. vrauwenz en kindergeneste Nr. 6, S. 343.
166. Rose, H. : Eitrigerweichtes Myom in d. Schwangerschaft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8, S. 312.
167. Semon, M. : Myom u. Gravid. b. Retrofl. ut. Ref. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 2, S. 255.
168. Semon, M. : Demonstr. eines i. 3. Mon. d. Grav. entf. Ut. mit kindskopfgrossem Myom. Ref. Berlin klin. Wochenschr. Nr. 12 S. 574.
169. Skutsch, F.: Ut. myomat. grav. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12, S. 540.
170. De Snoo, K. : Demonstr. eines cyst. degeneriert. subserös. Myom, das ein Geburtshindernis abgegeben hatte. Ref. Nederl. Tijschr. v. Verlosk en Gyn. 23. Jahrg. H. 3/4, S. 275—278.
171. Späth, G. F. : Drei Myome (2 mit Grav.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13 S. 560.
172. Stevens, T. G.: Ut. fibroids; one impacted in the pelvis obstructing delivery; caesarean hysterect. Ref. Proceed of the Royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 5, S. 182.
173. Stokes, A. F.: Fibroids complicating pregnancy. Ref. the Brit. med. Journ. Nr. 2817, 26. Dez. S. 1101.
174. Strassmann, P. Myom u. Schwangerschaft. Ref. Berlin. klin Wochenschr. Nr. 5 S. 233.
175. Toth, S.: Extrauterine Gravid. b. Myom. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22 S. 815.
176. Applegate, S. C.: Myom u. Schwangerschaft. New-York Med. Journ. 4. Aug.
177. Decker : Ein Fall von Fibromyoma sarcomatodes u. Schwangerschaft. Diss. München.
178. Fountaine : De la myomectomie au cours de la grossesse, Thèse de Paris 1914.

179. Götte, Ch.: Dystokie d. ein Ut. myom. Nederl. Tijschr. v. Verlosk en Gyn. 24. Jahrg. H. 4 S. 287.
180. Grad, H.: Multiple fibroids of the ut. compl. by pregnancy. New-York Med. Journ. Bd. 101 Nr. 14 S. 671.
181. Lange, J.: Jsochron. heterotope Eiimplant. b. Myoma Ut. u. dadurch bedingter Retrodeviat. d. Gebärorg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13 S. 201.
182. Lewis, H.: Myoma and pregnancy. Illinois Med. Journ.
183. Lakier: Miomect. multipl. als sesto mese di gestazione, parova termine. La clin. ost. Bd. 17 Nr. 8.
184. Mialiniak: Contribution à l'étude des hémorragies dans les cas d'utérus fibromateux gravides. Thèse de Paris 26.
185. Michinard, P. Uterine fibroids in pregnancy and labor. New-Orleans Med. and Smg. Journ. Bd. 67 H. 7 S. 591.
186. Montuoro: Ueber die Intoleranz d. fibromat. Ut. bei Zwillingsschwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76 H. 3 S. 702.
187. Phillips, M. H.: A case of miomect. during pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26 H. 4/6.
188. Phillips, J.: Some case of ut. fibroid associated with pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27 H. 1 S. 18.
189. Reid, W. J.: A unusual complicat. of a fibroid tumor in a pregnant ut. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914 Bd. 26 H. 3 S. 104.
190. Rüder, W.: Faustgrosses Cervixmyom als Geburtshindernis. Porro Op. Journ. of the Brit. Emp. Bd. 27 Nr. 1538.
192. Stavridês, G. Des accidents douloureuses qui accompagnent les petites fibromes utérins pendant la gestation. Grèce méd. 1914 Bd. 16 H. 2 u. 22. S. 41.
193. Strassmann, P. Demonstrat. eines Myoms einer Gravida. Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 12 S. 303.
194. Thaler, H.: Myom u. Tubargravidität. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27 S. 745.
195. Thaler, H. u. H. Zuckmann: Ut. myomat. gravid. Früheklampsie.
196. Koblank: Strahlentherapie b. Ut. myomat. gravid. Zentralbl. f. Gyn.
197. Strassmann, P.: Konservat. Myom operat. b. Kaiserschnitt, Zentralbl. f. Gyn. S. 257.
198. Rhomberg: Myotomie wegen Retentio placentae (Zentralbl. f. Gyn. S. 849). Gynökolog. Rundschau 1916 H. 7—8.
199. W. Bovee: Ein Fall v. Chorioepithelioma malignum, kompliziert durch eine zweimonatige Schwangerschaft u. ein degeneriertes Uterusmyom. (Washington) Surgery, Gynecology and obstrics Vol. XX Nr. 4.